

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**DEBORAH DINORAH DE SÁ MORORÓ**

**A CULTURA HOSPITALAR NA GESTÃO DO CUIDADO INTEGRAL À CRIANÇA**  
**COM DOENÇA CRÔNICA E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO**

**NATAL**

**2018**

**DEBORAH DINORAH DE SÁ MORORÓ**

**A CULTURA HOSPITALAR NA GESTÃO DO CUIDADO INTEGRAL À CRIANÇA  
COM DOENÇA CRÔNICA E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Enfermagem na atenção à Saúde

**Orientadora:** Profa. Dra. Rejane Maria Paiva de Menezes

NATAL

2018

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas - SISBI  
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Central Zila Mamede

Mororó, Deborah Dinorah de Sá.

A cultura hospitalar na gestão do cuidado integral à criança com doença crônica e a prática do enfermeiro / Deborah Dinorah de Sá Mororó. - 2018.

187 f.: il.

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Natal, RN, 2018.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rejane Maria Paiva de Menezes.

1. Gestão em saúde - Tese. 2. Cuidado da criança - Tese. 3. Enfermagem pediátrica - Tese. 4. Cultura hospitalar - Tese. 5. Doença crônica - Tese. I. Menezes, Rejane Maria Paiva de. II. Título.

**DEBORAH DINORAH DE SÁ MORORÓ**

**A CULTURA HOSPITALAR NA GESTÃO DO CUIDADO INTEGRAL À CRIANÇA  
COM DOENÇA CRÔNICA E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação de  
Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte como  
requisito para obtenção do Título de Doutor em  
Enfermagem.

APROVADO EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Rejane Maria Paiva de Menezes  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)  
Orientadora

---

Profa. Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)  
Examinadora externa

---

Prof. Dr. João Bosco Filho  
Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN)  
Examinador externo

---

Profa. Dra. Bertha Cruz Enders  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)  
Examinadora interna

---

Profa. Dra. Elisângela Franco de Oliveira Cavalcante  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)  
Examinadora interna

A Deus, que me concedeu mais uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, dando-me resiliência e sabedoria para contornar e resistir às adversidades e persistência para manter-me firme durante a caminhada; à minha mãe, Maria de Lourdes de Sá Mororó, que sempre me estimulou e me conduziu ao conhecimento; ao meu pai, Valdi Enéas Mororó, que, em razão das circunstâncias e da falta de oportunidade, frequentou tão pouco os bancos escolares; às minhas filhas, Lívia, Lorena e Lissa, razão maior de minha existência; ao meu esposo, Edmilson Fernandes, que tem me acompanhado nesses 25 anos, apoiando, incondicionalmente, as minhas escolhas, dedico este trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Em especial, à minha orientadora, Profa. Dra Rejane Maria Paiva de Menezes, que com cuidado e atenção conduziu-me nessa trajetória, sempre valorizando os meus esforços e respeitando os meus limites.

À Banca de qualificação, pelas contribuições ao nosso trabalho.

Ao Hospital de Pediatria Professor Heriberto Bezerra, em especial, às crianças que ali estiveram e me proporcionaram as primeiras experiências na gestão do cuidado, tornando-se fonte de inspiração para este estudo.

Ao Hospital Universitário Onofre Lopes, que por meio da Superintendência e Gerência de Ensino e Pesquisa, permitiu-me o tempo necessário para dedicar-me ao estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFRN, em especial, aos professores, que me proporcionaram conhecimento para desenvolver esta pesquisa.

Ao Grupo de Pesquisa de Enfermagem, Saúde e Envelhecimento (GREPENSE), em especial, à Professora Cícera Braz, mestranda Renata, e à bolsista Vaneska, pela parceria e contribuição.

Às colegas, enfermeiras, assistente social, farmacêutica, psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista e médicas da UASCA, que se disponibilizaram e se tornaram partícipes desta construção.

À amiga Kátia Regina, pelo incentivo e pelo apoio durante todo este processo.

Aos Professores Elizangela Franco e Jonas Sami, por terem compartilhado suas experiências em pesquisa, ensinando-me a utilizar outras ferramentas para organização de dados qualitativos.

À amiga Juliana Jales, que sempre esteve comigo, compartilhando alegrias, preocupações e tensões do dia a dia, ajudando-me a fazer as escolhas mais apropriadas.

À turma de Doutorado 2015, pela convivência e pelo compartilhamento do conhecimento.

À Coordenação de Residência Multiprofissional, em especial, às colegas Kátia, Cinthia, Neyse e Elaine, por todo apoio na condução dos programas de residência do HUOL durante a minha ausência.

A minha irmã, cunhados e cunhada, pelas palavras de incentivo e pelo apoio nos momentos de incerteza.

À Dona Margarida, que, durante a minha ausência, cuidou das minhas filhas e de minha casa.



## RESUMO

A Gestão do cuidado, fundamentada no princípio da integralidade, exige uma cultura de integração entre os serviços e uma interlocução entre os profissionais nos níveis de complexidade que compõem a Rede de Atenção à Saúde, associados à reorganização dos processos de trabalho. Inserido nesse cenário, a atenção à saúde da criança, vivencia uma transição epidemiológica em razão da prevalência da doença crônica que demanda um modelo de cuidado ampliado, coerente com a política do Sistema Único de Saúde. Nessa perspectiva, a inserção do enfermeiro como coordenador da equipe de enfermagem ou como gestor do cuidado é de fundamental importância. O objetivo deste estudo é analisar a influência da cultura organizacional sobre a gestão do cuidado à criança com doença crônica em unidade pediátrica de um hospital geral universitário e a atuação do enfermeiro. Estudo do tipo descritivo e analítico de abordagem qualitativa e referencial teórico metodológico fundamentado nos princípios da etnografia institucional. Teve como local uma unidade de pediatria de um Hospital geral universitário, numa capital do nordeste brasileiro. Os participantes do estudo foram os profissionais dessa unidade especializada, num total de 20, sendo eles: enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social e médico. Como instrumentos de coleta de dados utilizou-se a técnica de observação participante, o diário de campo, a análise documental e a entrevista semiestruturada, no período de maio a agosto de 2017. A análise dos resultados, seguiu a técnica de análise de conteúdo de Bardin, auxiliado pelo *Software Atlas ti* versão 8.0, das quais emergiram as seguintes categorias: *cultura organizacional da gestão do cuidado de uma unidade pediátrica; visita como mecanismo de gestão do cuidado; atuação do enfermeiro na gestão do cuidado à criança; potencialidades e fragilidades na gestão do cuidado*. Os resultados apontam para uma cultura de gestão do cuidado sob influência do modelo assistencial hegemônico, fragmentação da atenção e do cuidado, embora vislumbre avanços no trabalho multiprofissional. Por sua vez, a visita médica se destacou como mecanismo de gestão do cuidado com potencial para fortalecer o trabalho em equipe, mas necessita ser repensada para se tornar efetivamente interprofissional. Nesse contexto, Gestão do Cuidado em Enfermagem, entendida como articulação e integração entre ações cuidativas e gerenciais, mediante o exercício de liderança, relações interativas, comunicativas e cooperativas, é desenvolvido por um profissional enfermeiro com perfil assistencial, que executa todas as etapas do Processo de Enfermagem. No exercício dessa função, a enfermeira se reconhece como gestora à medida que organiza e intermedia as relações entre médico, usuário e as diversas categorias



profissionais para prover as condições materiais necessárias ao processo assistencial. De forma semelhante, os demais profissionais atribuem ao enfermeiro uma responsabilidade para além da gestão do cuidado, como possível consequência da reprodução histórica, cultural e social do enfermeiro como organizador do serviço. Diante disso, as enfermeiras sentem-se sobrecarregadas e com dificuldade para exercer integralmente as dimensões gerencial e cuidativa, bem como a comunicação e a articulação com a Rede de Atenção à Saúde da Criança. Por fim, a estrutura física do hospital universitário e o projeto de segurança do paciente são potenciais para a gestão do cuidado. Ademais, as fragilidades locais estão relacionadas à indefinição de um modelo de gestão do cuidado pactuado em equipe e dificuldade para continuar o cuidado no âmbito domiciliar.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde. Cuidado. Enfermagem. Cultura. Criança.

## ABSTRACT

Based on the principle of integrality, care management requires a culture of integration between services and interaction among professionals in the levels of complexity of the Health Care Network, associated to the reorganization of the work processes of professionals. A demographic and epidemiological transition is experienced in the healthcare of the child due to the prevalence of the chronic disease. This new standard of health and disease imposes an extended care model, consistent with the proposal of the Unified Health System. In this child healthcare management, the insertion of the nurse as coordinator of the nursing team or as care manager is of fundamental importance. The objective of this study is to analyze the influence of hospital culture on the organization of care management for children with chronic disease or health condition in a pediatric unit of a general university hospital and the nurse's role. This is a descriptive and analytical study of a qualitative approach, based on the principles of institutional ethnography as a theoretical and methodological reference. The research site is a unit of pediatrics of a university general hospital in a capital of northeastern Brazil. The study population included the professionals of this specialized unit with a total of 20 of them including nurse, psychologist, nutritionist, physiotherapist, pharmacist, social worker, and physician. The data collection instruments used were the participant observation technique, the field diary, the documentary analysis and the semi-structured interview carried out from May to August 2017. The information collected were analyzed followed the Bardin content analysis technique, helped by the Scientific Software Atlas version 8.0, emerging the following categories: *institutional culture of the management of the care of a pediatric unit; visit as a management mechanism of care; nurses' performance in child care management; potentialities and weaknesses in care management*. The results analyzed showed a culture of care management under the influence of the hegemonic care model, fragmentation of attention and care, although it glimpses advances in the multi-professional work. Also, the medical visit stood out as a care management mechanism with potential to strengthen teamwork but needs to be rethought to become effectively inter-professional. In this context, Nursing Care Management understood as the articulation and integration between care and management actions, through the exercise of leadership, interactive, communicative and cooperative relationships is developed by a professional nurse with a care profile, who performs all the stages of the Nursing Process. However, the nurse sees herself as a manager since she organizes and mediates the relationships between the doctor, the patient and the different professional categories to

provide the material conditions necessary for the care process. Similarly, other professionals see the nurses with a responsibility beyond care management, as a possible consequence of the nurses' historical, cultural and social reproduction as the service organizer. Given this, nurses feel overwhelmed, hindering to integrate the managerial and care dimensions, as well as their communication and articulation with the Child Health Care Network. Finally, the physical structure of the university hospital and the patient safety project stood out as potential for the management of care. However, local fragilities related to the lack of definition of an organized care management model in the team and difficulties to continue home care were evidenced.

**Keywords:** Health Management. Care. Nursing. Culture. Child.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diagrama representa a concepção da gestão do cuidado integral em enfermagem	42
Figura 2 – Níveis da cultura organizacional .....	44
Figura 3 – Teoria da diversidade e universalidade cultural.....	55
Figura 4 – Relação dos tipos de observação participante utilizadas na pesquisa.....	59
Figura 5 – Diagrama da relação entre as técnicas de coleta de dados da pesquisa .....	60
Figura 6 – Representa trecho da seção 2 do diário de campo inserido no atlas.ti .....	64
Figura 7 – Etapas do desenvolvimento da análise de conteúdo .....	67
Figura 8 – Tela do atlas.ti com a inserção das entrevistas de acordo com a categoria profissional .....	68
Figura 9 – Identificação de trecho selecionado e códigos criados em tela do atlas.ti à direita, de acordo com resultados transcritos de entrevista .....	69
Figura 10 – Definição de code groups, apresentados em tela do atlas.ti.....	71
Figura 11 – Definição de code groups de acordo com a frequência de recorrência nas falas dos participantes na tela do atlas.ti.....	72
Figura 12 – Categoria: cultura organizacional da gestão do cuidado de uma unidade pediátrica, no contexto de um hospital geral, identificada com o auxílio do atlas.ti.....	73
Figura 13 – Categoria: visita como mecanismo de gestão do cuidado, identificada com o auxílio do atlas.ti .....	74
Figura 14 – Categoria: atuação do enfermeiro na gestão do cuidado à criança com doença crônica, identificada com o auxílio do atlas.ti .....	75
Figura 15 – Categoria: potencialidade para gestão do cuidado à criança identificada com o auxílio do atlas.ti .....	76
Figura 16 – Categoria: fragilidade para gestão do cuidado à criança.....	77
Figura 17 – Organograma do Hospital Universitário Onofre Lopes .....	87
Figura 18 – Relação contraditória entre os avanços nas discussões sobre GC no hospital e a institucionalização de mecanismos como reuniões e discussão de caso para internalizar a GC .....	101
Figura 19 – Diagrama do processo de acolhimento à criança na unidade de internação pediátrica .....	104
Figura 20 – Representação da concepção do modelo de gestão do cuidado integral.....	151
Figura 21 – Representação gráfica da influência da cultura hospitalar na gestão do cuidado à criança com doença crônica.....	163
Quadro 1– Categorias e Subcategorias definidas com o auxílio do Atlas.ti.....	72
Quadro 2 – Profissionais de saúde da Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (UASCA), entrevistadas de acordo com suas características pessoais e profissionais. Natal, RN, julho de 2017. ....	81

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AAE – Atenção Ambulatorial Especializada  
ABS – Atenção Básica à Saúde  
AGHU – Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários  
AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
APH – Adicional de Plantão Hospitalar  
APS – Atenção Primária à Saúde  
ATLS - Advanced Trauma Life Support  
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar  
CDI – Centro de Diagnóstico de Imagem  
CDCP- Coordenação de Cuidado Domiciliar Centrado no Paciente  
CEP – Comissão de Ética em Pesquisa  
CHS – Carga Horária Semanal  
CLT- Consolidação das Leis Trabalhistas  
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem  
CONSUNI – Conselho Universitário  
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviço Hospitalar  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
ECI – Edifício Central de Internação  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
EI – Etnografia Institucional  
GC – Gestão do Cuidado  
GEMA – Gerenciamento e Matriciamento Aplicado  
GEP – Gerência de Ensino e Pesquisa  
HOSPED – Hospital de Pediatria Professor Heriberto Ferreira Bezerra  
HUAB – Hospital Universitário Ana Bezerra  
HUOL – Hospital Universitário Onofre Lopes  
ICPP – Instrumento para Classificação de Paciente Pediátrico  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
IRC – Insuficiência Renal Crônica  
LAIS – Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde  
LES – Lúpus Eritematoso Sistêmico  
MACC- Modelo de Atenção às Condições Crônicas

MEC- Ministério da Educação  
MEJC- Maternidade Escola Januário Cicco  
MCT – Ministério da Ciência e Tecnologia  
NAEHD – Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar e Domiciliar  
NANDA - North American Nursing Diagnosis Association  
NASF - Núcleo de Atenção à Saúde da Família  
NSP - Núcleo de Segurança do Paciente  
NIR – Núcleo Interno de Regulação  
OCR – Organização de Cuidado Responsável  
PE- Processo de Enfermagem  
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade  
PNAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar  
PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança  
PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente  
PTS – Projeto Terapêutico Singular  
RADC – Rede de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RJU – Regime Jurídico Único  
RN – Rio Grande do Norte  
SAD – Serviço de Atendimento Domiciliar  
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel à Urgência  
SEEC – Secretaria de Educação e de Cultura  
SiSREG – Sistema de Regulação  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UASCA – Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva  
UTIP – Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica  
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	17
1.1 OBJETIVOS	24
1.1.1 Geral	24
1.1.2 Específicos	24
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL</b>	25
2.1 GESTÃO DO CUIDADO E O DESAFIO DA INTEGRALIDADE	25
2.2 GESTÃO DO CUIDADO À PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	27
2.2.1 Gestão do Cuidado em Saúde na atenção especializada e hospitalar e sua relação com a Atenção Básica	31
2.2.2 Organização do processo de trabalho para gestão do cuidado à pessoa com doença crônica	32
2.3 CUIDADO INTEGRAL À CRIANÇA COM CONDIÇÕES CRÔNICAS	35
2.4 GESTÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO NO CENÁRIO HOSPITALAR	38
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO</b>	43
3.1 CULTURA E CULTURA ORGANIZACIONAL	43
3.2 A ETNOGRAFIA	45
3.2.1 Etnografia Institucional	47
3.3 INFLUÊNCIA DO PARADIGMA CARTESIANO E DA CONCEPÇÃO SISTÊMICA DA VIDA	49
3.4 INFLUÊNCIAS HISTÓRICA E CULTURAL NA PRÁTICA DE CUIDADOS E NA ENFERMAGEM	52
<b>4 MÉTODO</b>	56
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	56
4.2 LOCAL DO ESTUDO	56
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	58
4.4 COLETA DE DADOS	58
4.5 PROCEDIMENTOS E/OU TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	60
4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	62
4.6.1 Roteiro de observação e análise documental	63
4.6.2 Diário de campo	63
4.6.3 Roteiro de entrevista	64
4.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	66
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	78
<b>5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	79
5.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS	82
5.1.1 Cultura Organizacional da Gestão do Cuidado de uma Unidade Pediátrica no Contexto de um Hospital Geral	82
5.1.1.1 A inserção da unidade especializada de pediatria no hospital geral	82
5.1.1.2 Transição entre a cultura médico-centrada e a atuação em equipe na gestão do cuidado	96

5.1.2 A visita como mecanismo da gestão do cuidado.....	108
5.1.2.1 A visita como ferramenta do exercício clínico do médico .....	111
5.1.2.2 A visita: potencial agregador da equipe multiprofissional .....	114
5.2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DO CUIDADO .....	118
5.2.1 O enfermeiro como mediador/articulador da gestão do cuidado.....	122
5.2.2 Processo de Enfermagem como ferramenta para gestão do cuidado em enfermagem .....	127
5.2.3 Fragilidade na articulação do enfermeiro com a Rede de Atenção à criança com Doença Crônica .....	131
5.3 POTENCIALIDADE PARA A GESTÃO DO CUIDADO À CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA .....	141
5.3.1 Estrutura de um hospital universitário .....	141
5.3.2 Projeto de Segurança do Paciente como potencial para gestão do cuidado .....	144
5.4 FRAGILIDADE NA GESTÃO DO CUIDADO À CRIANÇA COM CONDIÇÃO CRÔNICA .....	147
5.4.1 Indefinição de um modelo de gestão do cuidado compartilhado em equipe .....	147
5.4.2 Limitação para continuar o cuidado à criança no domicílio .....	152
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>156</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>164</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE .....</b>	<b>176</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ.....</b>	<b>178</b>
<b>APÊNDICE C – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO E ANÁLISE DOCUMENTAL .....</b>	<b>179</b>
<b>APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA I .....</b>	<b>182</b>
<b>ANEXO A – ANUÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES.....</b>	<b>185</b>
<b>ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>186</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), resultante dos movimentos sociais da Reforma Sanitária, expresso pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, tem na universalidade, na equidade e na integralidade seus princípios doutrinários para o cuidado na atenção à saúde. Criado há exatos 30 anos, trouxe importantes avanços para a saúde pública brasileira e grande expectativa de construção de um sistema de saúde universal. Embora se depare com várias dificuldades, principalmente as relacionadas à assistência integral, cuja superação passa pela reorganização dos processos de trabalho em saúde, devendo operar com base na interprofissionalidade e em suas diretrizes, entre elas, o acolhimento e a vinculação da clientela (BRASIL, 1990a; FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2006).

Ao se pensar na integralidade da assistência no sistema de saúde brasileiro, exige-se uma reorganização da produção do cuidado e dos processos de trabalho dos seus profissionais na perspectiva de linhas de cuidado. Compreende-se que esse modelo de organização dos serviços de saúde possibilita a conexão entre os níveis de complexidades das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a continuidade do cuidado e a definição do itinerário terapêutico dos usuários no SUS. Constitui-se de um caminho possível para se superar a fragmentação das práticas em saúde, capaz de propiciar o planejamento da trajetória do usuário na RAS e desenvolver ações de gestão do cuidado direcionadas as suas necessidades (MARINHO et al., 2011).

Nesse contexto, entende-se a gestão do cuidado em saúde como

[...] o provimento ou disponibilização das tecnologias de saúde de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, nos distintos momentos de sua vida com vistas ao bem-estar, segurança e autonomia, sendo realizada em seis dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (CECÍLIO, 2011, p. 589).

A esse respeito, a dimensão individual se refere ao cuidado de si próprio com autonomia para fazer escolhas e viver de forma plena; já a dimensão familiar realiza-se no mundo da vida e tem como principais atores as pessoas da família, os amigos e os vizinhos; por sua vez, a dimensão profissional se dá no encontro entre profissionais e usuários, em espaços protegidos, regida pela competência técnica do profissional no seu núcleo de conhecimento específico, com postura ética e o que é possível fazer para responder às necessidades do usuário diante das condições reais de trabalho (CECÍLIO, 2011).

Tem-se a dimensão organizacional, desenvolvida nos serviços de saúde que evidencia o trabalho em equipe, as relações entre os diferentes profissionais, as atividades de coordenação, a comunicação e as tecnologias disponíveis para ofertar o cuidado. Considera-se ainda a dimensão sistêmica, que trata de construir conexões formais entre os pontos da RAS para compor linhas de cuidado e garantir a integralidade; e finalmente, a dimensão societária, considerada a mais ampla, por envolver o papel do estado (CECÍLIO, 2011).

No âmbito hospitalar, a gestão do cuidado implica garantir à pessoa com necessidade de saúde o consumo de todas as tecnologias disponíveis para melhorar e prolongar sua vida, bem como propiciar um ambiente confortável e seguro. Nesse nível de atenção em saúde, é possível buscar a integralidade do cuidado por meio da oferta combinada de tecnologias leve, leve-dura e dura a ser manuseadas pelos profissionais de saúde durante a arte do assistir (MERHY; ONOCKO, 2002).

Essas tecnologias não se restringem apenas à aplicação de ciência ou de prática e/ou simplesmente maneiras de fazer saúde, mas também envolvem decisões sobre que ações poderão e/ou deverão ser feitas. É a partir dessa apropriação e de suas competências que os profissionais de saúde devem construir mediações entre a intervenção técnica e outros aspectos não tecnológicos do cuidar, à medida que podem escolher, considerando certas possibilidades, o que devem querer, ser e fazer àqueles de quem cuidam, de forma a não limitar o assistir apenas à criação e à manipulação de objetos (AYRES, 2009).

Entende-se que a decisão pelas tecnologias de saúde dependerá do projeto de cuidado idealizado para o usuário, que não deve se reduzir a um conjunto de procedimentos tecnicamente orientado para o êxito de um tratamento. Por ser uma categoria ontológica, envolve, entre outros aspectos: o movimento, a interação, a identidade e a responsabilidade (AYRES, 2009).

Nesse momento particular, destaca-se, neste estudo, a dimensão organizacional da gestão do cuidado, por considerá-la fundamental para o alcance da integralidade do cuidado, visto que nessa dimensão se dá a organização do processo de trabalho e a escolha das tecnologias disponíveis a ser utilizadas nos serviços de saúde. Assim, o cuidado oferecido pelo SUS e pautado em seus princípios exige a organização de processos de trabalho em saúde na perspectiva de constituição de equipe, com atividades de coordenação e comunicação efetivas, definição de fluxo do usuário, adoção de dispositivos compartilhados e de outros mecanismos capazes de propiciar um agir colaborativo entre os atores desse cenário (CECÍLIO, 2011).

Essa forma de pensar o cuidado deve ocorrer em cada ponto que compõe as RAS. O hospital, nesse contexto, constitui-se apenas numa parte do sistema de saúde, assumindo uma posição complementar à Atenção Primária à Saúde (APS), e deve ter clareza de sua missão assistencial, das competências dos profissionais da equipe de saúde e apresentar uma organização de processos de trabalho que favoreça o acolhimento dos usuários, o estabelecimento de vínculos, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e permita a conexão com os outros componentes da rede por meio de processos formais de referência e contrarreferência (CECÍLIO, 2011; BRASIL, 2012).

Além disso, os profissionais de saúde dessa unidade necessitam se reconhecer no processo assistencial, compreender o funcionamento da RAS e o percurso do usuário no SUS para organizar as suas ações a partir da institucionalização de dispositivos que propiciam o acionamento da linha de cuidado e utilizem mecanismos que possibilitem a articulação de saberes e práticas e a integração dos níveis de complexidades. Todos esses mecanismos, associados à proposta de humanização dos serviços de saúde, visam proporcionar ao usuário um cuidado qualificado, articulado com os avanços tecnológicos, com as condições do ambiente de prestação do cuidado e as condições de trabalho dos profissionais. Essa organização implica uma cultura voltada para a atenção à saúde e para a gestão dos processos de trabalho, relacionada com o cumprimento de deveres do estado em ofertar uma rede de serviços que responda às necessidades da população nos aspectos materiais e na subjetividade dos envolvidos nesse processo (BRASIL, 2011a).

Nesse contexto, encontra-se a Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, que vivencia, mundialmente, uma transição epidemiológica do padrão de saúde e doença com o aumento das enfermidades crônicas e degenerativas. No Brasil, esse processo de transição vem se desenvolvendo gradativamente a partir da melhoria paulatina das condições sociais do país, que acarretou a redução da mortalidade infantil nas últimas décadas do século passado e o levou a seguir a mesma tendência de países industrializados em relação à transição demográfica (MOREIRA; GOLDANI, 2010).

Além de apresentar uma situação epidemiológica singular, por conviver com uma tripla carga de doenças, com predomínio hegemônico das crônicas. Essas doenças estão inseridas na categoria de condição crônica de saúde e apresentam curso longo, com início e evolução lenta, possuem múltiplas causas e podem determinar perda da capacidade funcional que exigem cuidados contínuos e muitas vezes permanentes do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2012).

Esse novo perfil epidemiológico de saúde e doença impõe um modelo de cuidado ampliado de forma coerente com a proposta do SUS, tendo em vista os desafios relacionados tanto à prevenção quanto ao tratamento das doenças crônicas, considerando que a assistência voltada para a pessoa com essa condição não se restringe à conduta terapêutica adotada pela equipe de saúde do hospital durante a sua permanência na instituição, mas deve considerar a garantia à saúde de um ser em crescimento e desenvolvimento (MOREIRA; GOLDANI, 2010).

Pela peculiaridade da doença crônica, torna-se necessário um segmento domiciliar, ambulatorial e de atenção básica à saúde, o que exige uma interação interprofissional e uma conexão entre os serviços de saúde. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, com base na Portaria GM de nº 483, de 1º de abril de 2014, redefiniu a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas (RADC) no âmbito do SUS e definiu como diretrizes para organização de suas linhas de cuidado, entre outras, o acesso e o acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos da Rede, bem como a adoção de um modelo de atenção centrado no usuário, voltado para as suas necessidades e realizado por equipes multiprofissionais (BRASIL, 2014).

A estrutura para operacionalização da RADC, inclui a Atenção Básica em Saúde (ABS), Atenção especializada, Sistema de apoio, Sistema logístico, Regulação e Governança. Nesse modelo de organização em saúde, a atenção especializada constitui-se um conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência e emergência, ambulatoriais especializados e hospitalares, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno (BRASIL, 2014).

Na atenção especializada, destaca-se o Hospital Universitário como uma unidade de alta complexidade, vinculado ao SUS, muito embora se saiba que essas unidades, em sua maioria, ainda se encontram com prestação de serviços isolados, provocando uma descontinuidade do cuidado, por razão da alta hospitalar. No entanto, a assistência à saúde da criança com doença crônica deve ser contínua e pensada para além do hospital, uma vez que a sua pós-hospitalização exigirá condições objetivas para dar seguimento ao cuidado. Muitas dessas crianças fazem uso contínuo de oxigênio, necessitam de intervenções diárias e do acompanhamento especializado no domicílio, muitas vezes prejudicadas pela burocracia do estado e pela falta de profissionais pediatras para esse acompanhamento domiciliar.

Nesse ínterim, destaca-se o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) que no âmbito do SUS, é previsto pela Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, considerada uma nova

modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes. Esse serviço é constituído por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, prestado em domicílio, com garantia da continuidade do cuidado e da integração à RAS (BRASIL, 2013a). No estado do Rio Grande do Norte (RN), a oferta desse serviço para a população infantil enfrenta limitações em razão da ausência do pediatra na equipe. Além disso, observa-se a ausência de dispositivo ou de mecanismo que promova uma interação contínua entre a equipe multiprofissional do hospital e a da UBS ou a da ESF, de forma a assegurar o planejamento e a continuidade do cuidado.

Nessa conjuntura, o profissional enfermeiro possui importante inserção, tanto como coordenador da equipe de enfermagem quanto como articulador da organização do cuidado, visto que ocupa uma posição estratégica, em razão de sua proximidade com o cuidado à criança e seu acompanhante, além de sua relação com os profissionais da equipe de saúde. Assim, a sua interação com a equipe interprofissional para viabilizar a organização do cuidado, e até mesmo sua continuidade no âmbito domiciliar, é de fundamental importância.

Durante a minha vivência profissional na assistência à saúde da criança, por mais de 20 anos numa unidade pediátrica especializada, acompanhei a evolução do processo de trabalho do enfermeiro, que passou de uma atuação assistemática, burocrática e distante do cuidado para o alcance de uma proximidade com a prática clínica e uma assistência mais direta junto ao paciente, propiciado pela utilização do processo de enfermagem em sua rotina de trabalho. Apesar desse avanço, observa-se que a atuação do enfermeiro na gestão do cuidado ainda é imediatista, fragmentada, pouco articulada com a equipe de saúde e restrita à unidade, cuja comunicação com outros níveis de complexidades se limita à realização esporádica de parecer sobre os cuidados de enfermagem necessários no pós-alta.

No *locus* institucional, observa-se que o enfermeiro participa, timidamente, de algumas atividades interprofissionais, como a visita ao leito com discussão de caso clínico. No entanto, essa ação ainda não é parte do seu cotidiano de trabalho, mesmo estando inserido em um hospital universitário. Ressalta-se que o enfermeiro assume, concomitante às funções assistenciais, as funções de preceptoria de graduandos e residentes de enfermagem. Identificaram-se também algumas diferenças na condução da gestão do cuidado em enfermagem, revelando pouca uniformidade entre as ações do enfermeiro, pautadas, muitas vezes, em concepções e valores individuais.

Sabe-se que a forma de organização dos processos de trabalho no cenário hospitalar, as relações sociais estabelecidas e as ferramentas disponíveis para sua execução são condicionantes para uma boa articulação entre o hospital e os serviços que compõem a RAS

que, por sua vez, recebe influência do contexto cultural dessas unidades. Para Geertz (1989), a cultura é entendida como um sistema simbólico de representação das teias de significados que as mentes e os corações dos homens são capazes de tecer e a forma de compreendê-la se dá pela descrição densa de determinado fenômeno, durante um longo período de tempo.

No âmbito organizacional, a cultura se manifesta por meio de normas, crenças, valores e padrões centrais que estruturam a dinâmica do serviço e estabelecem uma conduta coletiva. Assim, toda instituição possui princípios e valores que fundamentam as relações sociais estabelecidas na organização (SANTOS, 2007). Dessa forma, a cultura organizacional é por definição o esforço de modelar e integrar o agir profissional de um determinado grupo a partir do compartilhamento de um padrão de pressupostos (SCHEIN, 2010).

Nessa perspectiva, acredita-se que a prática da gestão do cuidado no âmbito hospitalar e a atuação do enfermeiro, nesse contexto, sofrem influências da cultura hospitalar, por conseguinte, a adoção de novos modelos ou de dispositivos mais coerentes com o cuidado integral exige uma reestruturação cultural. Portanto, com base nas proposições supramencionadas sobre a gestão do cuidado integral à criança com doença crônica, no cenário hospitalar, verifica-se ser necessário compreender as influências culturais existentes, com especificidade para a dimensão organizacional e a atuação do profissional enfermeiro.

Parte-se do pressuposto de que a construção de mais interlocução entre serviços de saúde para execução de um cuidado em rede exige uma cultura que possibilite a adoção de um modelo de organização de processo de trabalho em equipe, voltado para o cuidado integral. A motivação pelo estudo deveu-se à trajetória profissional da pesquisadora na condição de enfermeira de um hospital público de pediatria da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), o que lhe possibilitou vivenciar a gestão do cuidado do enfermeiro na prática, e participar de contínuas discussões acerca do cuidado integral à saúde da criança. O referido hospital possuiu identidade própria e 18 anos de existência, até o ano de 2014, quando foi incorporado ao Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), tornando-se uma Unidade especializada de Assistência à Saúde da Criança e Adolescente (UASCA).

Hoje, o HUOL tem como missão: promover, de forma integrada, o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência no âmbito das ciências da saúde e correlatas, com qualidade, ética e sustentabilidade. Trata-se, de uma instituição formadora, ambiente de prática clínica para os cursos da área de saúde da UFRN e unidade executora de programas de residência médica e multiprofissional.

A partir dessas considerações iniciais, reafirma-se a relevância de um estudo com enfoque na análise da dimensão organizacional da gestão do cuidado à saúde da criança com

patologia crônica, com especificidades, para o processo assistencial do enfermeiro, considerando a trajetória de transição vivenciada do antigo hospital de pediatria para a unidade pediátrica especializada. Embora as mudanças estrutural e administrativa ocorridas nessa unidade não sejam foco central deste estudo, faz-se preciso contextualizá-las, visto que toda essa transição recente pode ter acarretado impacto no atual processo de trabalho do enfermeiro e dos demais profissionais da equipe de saúde, bem como na gestão do cuidado à criança com doença crônica, posto que esse processo gerou perda de autonomia administrativa e financeira da unidade, inseguranças e incertezas sobre a dinâmica de trabalho dos profissionais na nova instituição e um choque cultural entre os valores e as concepções trazidos e os já existentes e instituídos nesse hospital geral.

Esses aspectos exigem reflexão e interação entre valores e conceitos construídos por aquele grupo, e os apreendidos nesse novo cenário, a fim de repensar a organização do cuidado, os saberes, as habilidades e as atitudes dos profissionais, e em particular do enfermeiro, frente aos desafios para preservar as especificidades do cuidado à criança, com vista a uma assistência integral e, ao mesmo tempo, a adaptar-se à nova cultura/estrutura. Com base nessas afirmativas, apresenta-se as seguintes questões de pesquisa:

- Como a cultura hospitalar influencia a organização da gestão do cuidado à criança com doença crônica e qual a prática do enfermeiro na gestão do cuidado?

Para elucidar essas questões, propõe-se desenvolver uma pesquisa, de base teórico-metodológica etnográfica, com o propósito de descrever a organização da gestão do cuidado no microespaço da unidade pediátrica do HUOL, além de identificar a atuação do enfermeiro nesse cenário. O estudo possui relevância científica e social, à medida que contribui para uma reflexão teórica acerca da organização da gestão do cuidado em uma unidade pediátrica no âmbito hospitalar, para nortear a atuação dos profissionais de saúde e, em especial, a prática do enfermeiro.

A tese defendida, neste estudo, é de que a cultura organizacional influencia a gestão do cuidado à criança com doença crônica que no contexto hospitalar encontra-se organizada em práticas compartimentalizada, fragmentada e pouco articulada com outros pontos da rede. Para alcançar a integralidade do cuidado é necessário criar um sistema cultural que possibilite a institucionalização de mecanismos voltados para a interprofissionalidade, práticas colaborativas e articulação em rede, onde o enfermeiro deve assumir a posição de articulador

e gestor do cuidado, participando ativamente das ações interprofissionais e da comunicação com a equipe e com a Rede de Atenção à Saúde.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Geral**

Analisar a influência da cultura organizacional na gestão do cuidado à criança com doença crônica em uma unidade pediátrica de um hospital geral universitário e a prática do enfermeiro nesse contexto.

### **1.1.2 Específicos**

- Descrever a organização da gestão do cuidado da unidade pediátrica
- Compreender a atuação do enfermeiro na gestão do cuidado da unidade pediátrica.
- Desvelar a influência da cultura hospitalar sobre a gestão do cuidado à criança com doença crônica.
- Identificar potencialidades e fragilidades na organização da gestão do cuidado à criança.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL

Nesta seção, apresenta-se o referencial teórico que dará suporte a esta investigação. Inicia-se a partir da conceituação acerca do cuidado e da gestão do cuidado com vista ao alcance da integralidade da assistência, seguido pela descrição da Rede de Atenção à Pessoa com Doença Crônica e sua organização no processo de trabalho em saúde, para posteriormente situar a atenção à saúde da criança e a gestão do cuidado do enfermeiro no âmbito hospitalar.

### 2.1 GESTÃO DO CUIDADO E O DESAFIO DA INTEGRALIDADE

O cuidado em saúde é compreendido pelo senso comum como um conjunto de procedimentos orientado para o êxito de um determinado tratamento. Porém, uma reflexão filosófica articulada à atitude prática permite compreendê-lo como uma interação entre dois ou mais sujeitos com a finalidade de aliviar sofrimentos, melhorar condições de saúde e alcançar níveis de bem-estar, sempre mediados por saberes e outras tecnologias que se destinam a atender as necessidades do sujeito (AYRES, 2009).

Com base na alegoria de Hígino, numa complexa construção heideggeriana, Ayres (2009) destaca aspectos relevantes acerca do cuidado em saúde no plano ontológico-existencial. Entre eles, evidenciam-se o movimento, a interação, o encontro intersubjetivo de sujeitos que culmina na construção da identidade, na definição da alteridade e no reconhecimento da plasticidade. Nesse sentido, o autor ressalta que a capacidade do ser humano e o potencial criador de conceber e construir projetos possibilita-lhe cuidar e ser cuidado. Nesse processo, o desejo e a responsabilidade são elementos fundamentais, visto que cuidar não é só projetar, mas é, sobretudo, responsabilizar-se pelo que está projetando.

Ayres (2009) também concebe o cuidado como categoria genealógica, tomando como base os pressupostos teóricos de Michel Foucault, que traz à tona a categoria “cuidado de si”, entendida como “tecnologias do si”, cujo princípio adquire um alcance bem geral, configurando-se em atitude, maneira de se comportar e forma de viver. O desenvolvimento se dá a partir de procedimentos e práticas que são refletidas, aperfeiçoadas e ensinadas por meio da interação, da comunicação e da troca de informações, constituindo-se numa prática social. O cuidado de si mesmo ou *Epimeleia heautoû* significa ocupar-se, preocupar-se consigo e tem sua origem no *gnôthi seauton* ou “conhece-te a ti mesmo”, que se apresenta como a fórmula fundadora da questão das relações entre sujeito e verdade. Dessa forma, a *epimeleia heautoû*

configura-se como uma espécie de subordinação ao preceito délfico *gnôthi seauton*, como uma aplicação concreta, precisa e particular da regra geral: é preciso que te ocupes consigo mesmo, que tenhas cuidado contigo mesmo, e é no limite desse cuidado que aparece a regra do conhece-te a ti mesmo (FOUCAULT, 2010).

Foucault (2010) evidencia a evolução do cuidado de si como um princípio da conduta moral, cujo surgimento no pensamento filosófico deu-se a partir da figura de Sócrates. Originalmente, teve como encargo incitar os outros a se ocuparem consigo mesmos, mediante o reconhecimento do cuidado de si como uma espécie de “agulhão” que deve ser implantado na carne dos homens para constituir um princípio de agitação, de movimento, de inquietude no curso da existência (FOUCAULT, 2010). Desse modo, *a epimaleia heatou* aparece como o solo, o fundamento pelo qual se justifica o imperativo do conhece-te a ti mesmo, visto que, para cuidar de si, torna-se necessário conhecer a si mesmo, evidenciando uma intensa relação entre *a epimaleia heatou* e *o gnôthi seauton*.

Em contrapartida, Pires (2005) discute o cuidado em saúde a partir de uma preposição emancipatória pela busca contínua de autonomia, com base no que denomina de politicidade do cuidado, que reside na habilidade política humana de saber pensar e agir criticamente para construir uma autonomia crescente. É por meio dessa politicidade que o cuidado pode se tornar emancipatório, mediante um movimento dialético, em que a relação de dependência no processo de cuidar existe para possibilitar a construção da autonomia dos sujeitos. Nessa compreensão dialética do cuidado, a interação intersubjetiva entre os atores envolvidos leva a uma constante reconstrução do cuidado, buscando sempre o seu aprimoramento para gerir, através da centralidade do político, a autonomia de sujeito.

Nesse sentido, Pires (2005) propõe a politicidade do cuidado como forma de desconstruir assimetrias de poder por meio da tríade: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar e cuidar para emancipar. Na esfera do conhecer para cuidar melhor, busca-se resgatar a subjetividade por meio do conhecimento, para, por meio do enfrentamento do poder-sobre, libertar e constituir o poder fazer. No cuidar para confrontar, geram-se correlações de forças que propiciam o reordenamento e a partilha de poderes para fortalecer a autonomia individual e coletiva na equipe de saúde e em sua relação com o outro.

Articulada a esta, existe o cuidar para emancipar, que enfoca a pessoa como sujeito do seu processo saúde-doença e busca desenvolver tecnologia capaz de contribuir para a construção de projetos próprios voltados para melhoria e/ou recuperação da saúde, valorização dos diversos saberes, incentivo aos vínculos de cuidados entre as pessoas e ampliação da dimensão do cuidar para além da institucionalidade (PIRES, 2005).

Face ao exposto, compreende-se ser importante adotar-se, conscientemente, um projeto de cuidado, no microespaço das unidades de saúde, que fortaleça a autonomia do sujeito e seja coerente com o modelo assistencial preconizado pelo SUS, visto ser um modelo fundamental para delinear a forma de organização da produção do cuidado e nortear internamente a micropolítica dos serviços de saúde. O modelo de atenção à saúde é definido pela Reforma Sanitária, com base na integralidade, na universalidade e na equidade. Para tanto, pressupõe uma organização em redes de cuidados, com abordagens interdisciplinares, participação social e reconhecimento da pessoa como sujeito do processo saúde-doença, com o objetivo de se ofertar um cuidado integral. Por sua vez, a gestão do cuidado integral envolve a gestão de redes de atenção com vista a assegurar o princípio da integralidade (SANTOS; GIOVANELL, 2016).

Assim, a partir desse entendimento, espera-se que a construção do projeto de cuidado no âmbito da micropolítica institucional deva ocorrer de forma participativa, e envolva tanto os profissionais da equipe de saúde que ofertam e/ou apoiam esse cuidado quanto o próprio sujeito/pessoa que o vivencia. Daí a necessidade do diálogo entre esses atores, do compartilhamento de responsabilidades, da interação de valores e de uma concepção de cuidado que permita ao usuário ser também protagonista do seu processo terapêutico.

Nessa perspectiva, a gestão do cuidado nos contextos da saúde e dos processos de trabalho de seus profissionais é entendida como a forma na qual o cuidar organiza-se na interação possível entre sujeitos, o que pode gerar interações e subversões potencialmente emancipatórias ou restritivas das múltiplas liberdades humanas (PIRES, 2005).

## 2.2 GESTÃO DO CUIDADO À PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) constitui-se de arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articuladas de forma complementar e com base territorial, e apresenta diversos atributos, dentre eles, destaca-se a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção do sistema de saúde e principal porta de entrada (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2014).

Trata-se de uma nova organização dos sistemas de saúde de forma integrada a fim de responder – com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade – às condições de saúde da população brasileira. A sua implantação é condicionada à mudança radical do modelo de atenção à saúde praticado pelo SUS, ainda em processo e, no momento atual, com

prioridades para o enfrentamento das condições agudas e da agudização das condições crônicas. Tais condições de saúde são definidas nesta pesquisa como circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes, com exigências de respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas aos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Afirma-se que, na categoria condição de saúde, estão as doenças crônicas, caracterizadas por apresentarem início gradual, com prognóstico incerto, com longa ou indefinida duração e condições clínicas que mudam ao longo do tempo e podem gerar incapacidades, requerendo cuidados e intervenções contínuos, por meio do uso articulado de tecnologias leves, leve-duras e duras. Ressalta-se que as doenças crônicas se configuram como um problema de saúde de grande magnitude, sendo responsável por 72% das causas de morte e mais de 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No Brasil, essas patologias são apontadas como a primeira causa de mortalidade e hospitalização, bem como as principais causas de amputações e de perda de mobilidade e, conseqüentemente, perda significativa da qualidade de vida à medida que a doença se agrava (BRASIL, 2013b).

Nos países em desenvolvimento como o Brasil, as condições crônicas convivem, ao mesmo tempo, com causas externas e com doenças infecciosas, constituindo uma tripla carga de doenças, tendo em vista a ocorrência de uma acelerada transição demográfica que aponta para um acentuado incremento das condições crônicas. Assim, os principais fatores determinantes dessas condições são mudanças demográficas, nos padrões de consumo e nos estilos de vida, urbanização acelerada e estratégias mercadológicas (MENDES, 2011).

Embora essas condições crônicas sejam mais frequentes na faixa etária de 65 anos ou mais de idade, também atinge as faixas de idades infantil e juvenil, razões que indicam a necessidade de enfrentamento desse problema de saúde pública a partir de um olhar global, vislumbrando estratégias que envolvam medidas de promoção à saúde, prevenção, reabilitação e tratamento dessas enfermidades que assolam o mundo (BRASIL, 2013b). No caso do Brasil, recentemente adotou-se um plano de ação estratégica para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) a fim de promover o enfrentamento e a implementação de políticas públicas voltadas para prevenção, controle e cuidado das DCNTs, mediante a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (RADC), redefinida por meio da Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014).

A definição dessa rede de cuidados para usuários tem buscado, entre outros objetivos, ampliar o acesso, promover o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde e propiciar recursos diagnósticos e terapêuticos adequados e em tempo oportuno para garantir a

integralidade do cuidado, trazendo a possibilidade de superar a fragmentação dos serviços, dos programas, das ações e das práticas clínicas, as quais ainda caracterizam a organização da atenção e da gestão do SUS. Nesse contexto, torna-se essencial a formação de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde que possibilitem a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, buscando a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado em suas necessidades de saúde (MENDES, 2011; BRASIL, 2013b).

Nesse processo, a RADC é essencial para propiciar a atenção integral, considerando que cada serviço deve ser pensado como componente fundamental da integralidade, como um ponto do circuito que o indivíduo deve percorrer para ter suas necessidades de saúde atendidas e poder alcançar a integralidade do cuidado (MALTA; MERHY, 2010). Face ao exposto, a organização dessa RAS parte da definição de um modelo de atenção integral à saúde, visto que, a partir dele, torna-se possível estabelecer a forma como a atenção será realizada. Nesse sentido, faz-se necessária a mudança do atual modelo hegemônico do SUS, ainda pautado na doença e na demanda espontânea (MENDES, 2011).

Assim, a implantação da RAS implica mudanças necessárias no setor de saúde, devendo-se estruturar a partir da construção da intersetorialidade para a promoção da saúde, da integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, a considerar as vulnerabilidades de grupos ou de populações e suas necessidades, qualificando e fortalecendo as ações sobre as doenças crônicas (BRASIL, 2013b). Com base nessas mudanças estruturais do setor, com vista ao atendimento das mudanças epidemiológicas das últimas décadas no Brasil, Mendes (2011) propõe o modelo de atenção às condições crônicas (MACC), composto por cinco níveis, a saber: o nível 1, no qual se opera com a população total de uma rede de atenção à saúde, concentra-se nos determinantes sociais intermediários, que são macrodeterminantes; nas condições de vida e de trabalho; no acesso aos serviços essenciais; e nas redes sociais e comunitárias. Nesse nível, trabalham-se ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde de toda a população.

No nível 2, atua-se com subpopulações estratificadas por fatores de risco, focalizando os determinantes proximais que são aqueles relacionados a comportamentos e aos estilos de vida, bem como são realizadas intervenções de prevenção de doenças voltadas para indivíduos e subpopulações. A prevenção possibilita a modificação de fatores de risco comportamentais, tais como: a alimentação inadequada, o sedentarismo, o tabagismo, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool.

O nível 3 focaliza as subpopulações que já apresentam condições crônicas de baixo ou médio risco ou fatores de risco biopsicológicos. Nesse nível, a atenção à saúde volta-se

para as ações de autocuidado apoiado, juntamente com a atenção clínica ao indivíduo realizada, de maneira geral, pela atenção básica.

Na sequência, o nível 4 trabalha com subpopulações em condições crônicas de alto ou muito alto risco. Nesse nível, além do autocuidado apoiado, observa-se a necessidade mais significativa de cuidados profissionais, incluindo o especializado.

Por fim, o nível 5 envolve subpopulações com a condição de saúde muito complexa e que chegam a consumir a maior parte dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde. Nesse nível, as intervenções podem ser realizadas pela tecnologia da gestão de caso e, em geral, exigem planos de cuidado mais singulares.

Tal modelo norteia a constituição da RAS, a definição dos pontos de atenção e as diretrizes clínicas que orientam as práticas profissionais nesses pontos. Dessa forma, a estrutura da RADC é constituída pela Atenção Básica à Saúde (ABS) que apresenta caráter estratégico e utiliza a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal ferramenta de organização e expansão de suas ações, tendo o Programa Nacional de Melhoria de Acesso como principal indutor de melhoria da qualidade e o Programa de requalificação das unidades básicas como possibilidade de qualificação de sua infraestrutura. Esses programas, aliados à qualificação dos profissionais por meio de processos de Educação Permanente, são estratégicos para fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) e torná-la mais resolutiva (BRASIL, 2013b).

Nesse contexto, a reestruturação da Atenção Primária à Saúde – com base na ESF, nos consultórios de ruas e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) – tornou-se essenciais para essa população em condição crônica de saúde, o que elevou a importância de a RAS dispor de um sistema de apoio de diagnóstico e tratamento relacionado à teleconsultoria, ao programa telessaúde Brasil e Redes, e/ou a ferramentas capazes de promover a ampliação da oferta desses serviços, muitas vezes sobrecarregados e distantes dos usuários e das equipes de saúde. Nessa Rede de apoio terapêutico da RADC, destacam-se a assistência farmacêutica como um serviço fundamental para garantir o acesso aos medicamentos de farmácia básica e especializada e também ofertas terapêuticas voltadas para as práticas integrativas e complementares, tais como homeopatia, acupuntura, dentre outras (BRASIL, 2013b).

Sobre o apoio do autocuidado, considera-se uma ação fundamental para as pessoas com condição crônica que passaram por um processo de agudização e, após a alta hospitalar, precisam de acompanhamento diferenciado. A exemplo de outros países, utiliza-se o *callcenter* para manter o contato com esses usuários, que se caracteriza por ser um serviço

estruturado ou uma ação simples em que a equipe de atenção básica contata essas pessoas por telefone para saber quais as suas dificuldades, conquistas e novas soluções (BRASIL, 2013b).

### **2.2.1 Gestão do cuidado em saúde na atenção especializada e hospitalar e sua relação com a atenção básica**

O funcionamento da RAS envolve, especialmente, a existência de um trabalho compartilhado entre os profissionais da atenção básica e os profissionais especialistas focais que não se restringem aos médicos, mas a todos os outros profissionais da equipe, tais como os enfermeiros, cuja atuação é sabidamente efetiva e eficiente (MENDES, 2012). A atenção especializada é constituída pelos ambulatorios e pela atenção hospitalar. No cuidado às pessoas com doenças crônicas, a posição do hospital na Rede de Atenção à Saúde apresenta-se complementar e integrada à atenção básica como forma de superar a fragmentação, ainda tão presente no cotidiano do SUS.

Nesse sentido, as relações pessoais entre esses pontos de atenção à saúde podem ser facilitadas por meio de ferramentas, a saber: a referência e a contrarreferência; visitas periódicas de especialistas e generalistas; relação mediada por gestor de caso e coordenação de cuidado (MENDES, 2012). Entre essas ferramentas, a coordenação do cuidado é a forma mais efetiva de relação entre a ABS e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), cuja tarefa do cuidado é compartilhada por profissionais da ABS e especialistas.

Nesse processo, a comunicação é essencial para pactuar responsabilidades e transferência segura do cuidado. Para a concretização da coordenação do cuidado em um patamar desejado de atenção compartilhada, a ABS e AAE devem compartilhar planos de cuidados e discuti-los em determinadas circunstâncias. É preciso também reorganizar processos de trabalho a fim de propiciar um cuidado integral (BRASIL, 2013b).

Quanto aos pontos de atenção hospitalar, estes, em conjunto com os serviços de atendimento móvel de urgência (Samu), têm a função de fazer a interlocução entre a RADC e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com o intuito de promover a assistência integral aos casos de agudização das doenças crônicas. Nesses espaços, realizam-se os procedimentos de alta complexidade relacionados à atenção especializada hospitalar, sujeitos a uma regulação específica. Além disso, é essencial a estruturação de um sistema logístico que articule os pontos de atenção e favoreça a operacionalização de sistemas de informação clínica, por meio da identificação única dos usuários, de sistemas de prontuários eletrônicos

que permitem a identificação de maior risco e a elaboração de planos de cuidado (BRASIL, 2013b).

Nesse processo, a interoperabilidade desses sistemas possibilita o fluxo de informação dentro da rede e o acesso aos diversos pontos de atenção, às informações dos usuários para ofertar uma atenção mais adequada. Outra questão relevante diz respeito à alta hospitalar, pois a sua condução é decisiva para a continuidade do cuidado, especialmente com as pessoas com doenças crônicas, cuja contrarreferência torna-se uma importante ferramenta de comunicação entre o hospital e a ABS. Quanto ao envolvimento dos profissionais de saúde, essa ação assume um papel fundamental na alta hospitalar do usuário, não devendo se restringir ao médico, mas abranger toda a equipe, com destaque para o enfermeiro que deve participar ativamente e contribuir com a continuidade da assistência do hospital ao domicílio (SILVA; RAMOS, 2011).

A implantação da RADC implica transformações nos processos de trabalho das equipes de saúde em todos os pontos de cuidado, desde a ABS e domicílio até o hospital. Percebe-se que a RAS reorienta a atenção hospitalar, redefinindo a centralidade do processo terapêutico da pessoa assistida, conforme prevê a filosofia hospitalocêntrica, passando o hospital a ter um papel complementar à Atenção Básica e domiciliar no Sistema de Saúde, evidenciando uma transição da concepção hospitalocêntrica para o sanitarismo, conforme aponta Carapinheiro (1993) em seu estudo sobre saberes e poderes no hospital.

### **2.2.2 Organização do processo de trabalho para gestão do cuidado à pessoa com doença crônica**

Sabe-se que certamente a implantação da RADC implica transformações nos processos de trabalho das equipes de saúde em todos os pontos de cuidado, desde a ABS até o hospital, por meio de distintos instrumentos, com a finalidade de se produzir cuidados. Esses instrumentos denominam-se tecnologias e se referem a um conjunto de ferramentas utilizadas pelo profissional para alcançar um determinado objetivo (MERHY, 2007).

Para Merhy (2007), o processo de trabalho em saúde expressa de modo exclusivo o trabalho vivo em ato, distinguindo-se de outros processos produtivos em que o trabalho vivo pode e deve ser capturado globalmente pelo trabalho morto e pelo modelo de produção. Nessa perspectiva, o autor defende que o trabalho em saúde não seja globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, em razão do seu objeto não ser plenamente estruturado. Assim, suas



tecnologias de ação devem ir além dos saberes tecnológicos estruturados e constituir processos de intervenção em ato.

Dessa forma, as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde são classificadas em três dimensões: as tecnologias leves, reconhecidas como as originárias da produção do vínculo, autonomização, responsabilidade, acolhimento e gestão, como uma forma de governar processos de cuidar; as tecnologias leves duras, ligadas ao saber bem estruturado, como a epidemiologia e a clínica das quais os profissionais lançam mão durante a execução dos seus processos de trabalho; e as tecnologias duras, relacionadas aos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais (MERHY, 2007).

Sobre a necessidade de aplicação em saúde dessas tecnologias, destaca-se uma crescente incorporação no contexto hospitalar mediante o incremento de aparelhos modernos e sofisticados que auxiliam o diagnóstico e a terapêutica, proporcionando grandes avanços nessa área ao mesmo tempo que tornam mais complexa a assistência à saúde, exigindo do profissional mais qualificação para se adequar a essa realidade. Apesar disso, a repercussão do desenvolvimento tecnológico na área da saúde não se restringe apenas à exigência de mais qualificação profissional, mas também repercute diretamente no cotidiano de trabalho dos profissionais e nas relações estabelecidas entre eles e os usuários, constituindo um desafio para a organização da produção do cuidado.

Nesse contexto, não é condizente julgar se os equipamentos são bons ou ruins, e sim analisar qual a necessidade do seu uso diante do que se pretende alcançar e o lugar que o usuário/necessidade ocupa na rede de relações que os constitui. É preciso ter a clareza da intencionalidade dos atos para se utilizar o instrumento adequado à finalidade a que se pretende chegar (MERHY, 2007).

Nesse sentido, a organização do cuidado ao paciente prescinde da definição de um modelo de cuidado que norteie a escolha das tecnologias e/ou outras estratégias ao seu alcance. Para a assistência às pessoas com doenças crônicas, deve-se adotar um modelo de atenção centrado no usuário e na família, em substituição à abordagem centrada na doença, o que pode permitir uma transformação da relação entre os usuários e os profissionais de saúde, visto que a atenção centrada nas pessoas se baseia em dignidade e respeito, participação e colaboração (BRASIL, 2013b).

Para tanto, consideram-se as práticas de acolhimento como tecnologias leves que devem ser adotadas pelos profissionais de saúde em todos os pontos da rede de atenção, com o propósito de atender todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo e assumindo uma postura capaz de acolher e dar respostas adequadas aos usuários. Isso requer o exercício da

escuta com responsabilização e resolutividade e, quando for o momento de orientar o usuário e a família para continuação da assistência em outros serviços, o estabelecimento de articulações que garantam a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2013b).

Nessa perspectiva, o cuidado a pessoa com condição crônica de saúde deve envolver uma equipe multiprofissional para, através da interação e da integração de distintos saberes e práticas, construir um campo único de atuação e de estratégias de intervenção. Entre as possíveis estratégias de intervenção utilizadas pela equipe, cita-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como ferramenta capaz de qualificar o cuidado, visto que possibilita a discussão de um sujeito singular em situação de mais vulnerabilidade e complexidade. Como resultado, propicia à equipe multiprofissional, ao usuário e sua rede um conjunto de condutas terapêuticas articuladas e construídas a partir do movimento de coprodução e cogestão do processo terapêutico (PINTO et al., 2011).

É preciso, ainda, definir a regulação da rede de atenção de forma clara por meio do estabelecimento de fluxograma e de condições para o encaminhamento do usuário à linha de cuidado à pessoa com doença crônica. Mesmo durante o seu acompanhamento na atenção especializada, a ABS deve se manter informada sobre a situação de saúde dessa pessoa e acompanhar o desenvolvimento do plano de cuidado. Durante o processo de internação, é imprescindível haver uma pactuação dos critérios para a alta e as condições de seguimento dessa pessoa na ABS (BRASIL, 2013b).

Por sua vez, o apoio matricial é tratado como parte fundamental da atenção especializada, considerando ser ferramenta de aproximação entre os diferentes pontos de atenção da rede e os profissionais, à medida que propicia um atendimento mais integral. Possibilita ainda suporte pedagógico, assemelha-se ao conceito de educação permanente e deve compor no seu plano de atuação um local para construção da Rede de Atenção à Pessoa com Doença Crônica. Considera-se esse apoiador um especialista com conhecimento distinto daquele do profissional de referência, mas que contribui com as intervenções e potencializa a resolutividade dos problemas da equipe primariamente responsável pela pessoa com Doença Crônica. Procura-se, então, construir espaços para comunicação por meio da ativação do sistema de referência e contrarreferência, estimulando o contato direto entre a referência e o especialista (BRASIL, 2013b).

O estímulo ao autocuidado é fundamental para o sucesso do tratamento da pessoa com doença crônica e deve levar adiante as atitudes que melhorem estilos de vida, adesão ao tratamento, não devendo se restringir apenas à prescrição profissional. Isso pode ser realizado com base no autocuidado apoiado, que se concretiza por meio de uma estreita colaboração

entre a equipe de saúde e o usuário, os quais, em conjunto, estabelecem metas para monitorar as ações na instituição de planos de cuidado e na resolução de problemas que surjam ao longo do processo (BRASIL, 2013b).

## 2.3 CUIDADO INTEGRAL À CRIANÇA COM CONDIÇÕES CRÔNICAS

Observa-se, nos últimos anos, mundialmente, uma mudança de perfil das taxas de mortalidade infantil em razão dos investimentos nas políticas públicas de saúde que passaram a se pautar na prevenção de doenças infecciosas, nos investimentos em imunização e no tratamento precoce das pneumonias e diarreias, que resultaram numa redução da mortalidade de crianças entre dois meses e cinco anos de vida. As mudanças populacionais ocasionadas principalmente pelos processos de transição epidemiológica e demográfica, que vêm ocorrendo ao longo do século passado e no princípio do século XXI, inicialmente nos países desenvolvidos, melhoraram as condições de vida da população, levando a uma redução drástica das taxas de mortalidade infantil e das taxas de fertilidade e a um acelerado envelhecimento da população (MOREIRA; GOLDANI, 2010).

Essas mudanças geraram um novo padrão de saúde e de doença, visto que as taxas de patologias agudas e infecciosas foram superadas pela prevalência de condições crônicas e degenerativas. No Brasil, tal processo de transição vem ocorrendo paulatinamente, quando, a partir da década de 1970, iniciou-se uma gradativa redução das taxas de mortalidade infantil, decorrente da melhoria das condições de vida da população e da redução da desnutrição. Apesar disso, depara-se com o crescimento das doenças crônicas em criança e adolescentes, cujas causas estão associadas, principalmente, ao aumento do número de partos prematuros, acesso às tecnologias modernas e sofisticadas e aumento da obesidade infantil (MOREIRA; GOLDANI, 2010).

Diante desse contexto, é preciso repensar a assistência à criança e ao adolescente com doença crônica. Para tanto, há a necessidade de remeter-se ao seu contexto familiar, considerando a especificidade dessa população que, naturalmente, apresenta dependência de um cuidador para que tenha acesso aos cuidados de saúde ou mesmo à prevenção de doenças (MOREIRA; GOLDANI, 2010).

Entretanto, ressalta-se que, até recentemente, a hospitalização da criança ocorria sem a presença do acompanhante. Somente em 1959, na Inglaterra, o acompanhamento da criança no ambiente hospitalar foi garantido, mediante a publicação do relatório Platt, que versava

sobre o bem-estar da criança no hospital e focava na humanização da assistência, levando ao questionamento acerca do processo de hospitalização da criança.

No Brasil, a participação de familiares ou responsáveis nos processos terapêutico e diagnóstico da criança teve sua legalização garantida a partir da década de 1990, por meio da regulamentação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pela Lei 8.069/90 (BRASIL, 1990b). A referida lei considerou as peculiaridades da criança e, em seu artigo 12, assegurou que os estabelecimentos de saúde deviam oferecer condições estruturais básicas para acomodação do acompanhante durante todo o processo de internação da criança.

Sobre o marco legal de garantia dos direitos da criança, dentre os quais está a efetiva participação do familiar em seus cuidados, destaca-se a Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no SUS. O PNAISC visa qualificar as ações e os serviços de saúde da criança no território nacional, com base, sobretudo, no princípio da integralidade do cuidado. Assim, estrutura-se em sete (7) eixos estratégicos, do qual se destaca a atenção integral à criança com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas para ofertar ações de prevenção, de diagnóstico precoce e de fomento à atenção e internação domiciliar (BRASIL, 2015).

Inegavelmente, observam-se avanços na política de assistência à saúde da criança, com vista, inclusive, ao maior incentivo à participação dos familiares no processo terapêutico, contribuindo, assim, para propiciar a integralidade dessa assistência. Porém, na prática clínica dos profissionais de saúde, especialmente, à criança e ao adolescente com condição crônica, evidenciam-se limitações, visto que as ações ainda são pontuais e restritas ao âmbito dos serviços de saúde.

As crianças com diagnóstico de doença crônica e seus familiares vivenciam, após a alta hospitalar, acentuado reajuste de rotina no espaço domiciliar, o que gera desconforto, sofrimento, desgaste emocional e custos econômicos, já que essa nova condição pode levar a criança a outras hospitalizações, a limitações no convívio social e familiar e, em muitas situações, a necessidade de manter o uso contínuo de dispositivos, tais como oxigênio, sondas e outros (SANTOS et al., 2014).

A situação com a qual a família depara-se, no início da condição crônica do seu filho, propiciou a Santos et al. (2014, p. 193) analisar a aplicação do modelo teórico, “procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada” juntamente com familiares de crianças em condições aguda. Desse modo, evidenciaram que esse modelo é aplicável à população infantil com doença crônica, posto que foi observado que esses familiares, ao vivenciarem esse fenômeno no seu cotidiano, sentiram-se como se tivessem

“perdendo o controle sobre o seu funcionamento”. Em seguida, iniciaram o movimento “buscando um novo ritmo de funcionamento”.

Os autores defendem uma prática de cuidado de enfermagem centrada na família e apoiada por uma abordagem sistêmica, devendo ser maximamente utilizada nas organizações de saúde, a fim de levar essas famílias a adquirirem o controle da situação de doença de sua criança além de torná-las mais adaptadas e competentes no cuidado da criança com doença crônica. Com isso, torna-se possível administrar a situação de toda a família com menos sofrimento (SANTOS et al, 2014).

Assim, há a necessidade de se repensar sobre a forma de assistir a criança com doença crônica e seu familiar na unidade hospitalar, buscando criar condições culturais para o alcance de um modelo de gestão do cuidado integral que possa atender as reais necessidades de saúde dessa população e propiciar a longitudinalidade e continuidade do cuidado considerando-se os atributos básicos para esse processo assistencial. Para isso, pressupõe-se a superação do hospitalocentrismo para assumir o cuidado ampliado, centrado na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na reorganização dos serviços de saúde a partir da constituição de RAS que assegure a esse usuário um conjunto de ações e serviços de que necessita (NÓBREGA et al., 2015).

Em consonância, Moreira e Goldani (2010) sugerem a criação de um modelo de cuidado à criança que possa garantir a saúde de um ser em crescimento e desenvolvimento com vista a uma assistência ampliada que abranja a prevenção tanto das doenças infantis quanto das do adulto. Em razão disso, reafirmam a necessidade de uma reorganização dos serviços de saúde que atualmente ainda ocorrem de modo focado no cuidado agudo ao adulto, demandando um baixo investimento na prevenção precoce das doenças crônico-degenerativas na infância.

De fato, é preciso considerar que, constantemente, a população infantil vivencia as experiências de reinternações hospitalares, com visitas repetidas aos serviços de saúde; de terapêuticas agressivas, restritivas e prolongadas, com uso frequente de medicamentos, o que ocasiona estresse e desencadeia alterações psicossociais para essa criança e sua família. Tudo isso exige uma reorganização do sistema familiar para se adequar às necessidades da criança. Dessa forma, os cuidados não devem se restringir ao ambiente terapêutico e aos procedimentos técnicos, é preciso ampliar o olhar para a família, considerando a influência do contexto familiar na vida dessa criança (LEITE et al., 2012).

O cuidado integral implica reconhecer toda a subjetividade que influencia o processo saúde-doença do indivíduo. Para isso, é necessário tornar a criança e o seu cuidador partícipe

de todo o processo de cuidado, apoiando-os e empoderando-os para que os cuidados possam ser continuados em nível domiciliar pela própria criança e sua família, com relativa autonomia e recebendo, para isso, apoio dos profissionais de saúde.

O processo de hospitalização pode ser uma oportunidade de instrumentalizar esses cuidadores/familiares para a continuidade do cuidado a essas crianças. Isso deve ser possibilitado pela interação entre o enfermeiro e os demais profissionais da saúde com as crianças e seus familiares. Essa equipe deve manter uma comunicação clara, por meio de uma linguagem acessível, para informar a família sobre diagnóstico, terapêutica, exames e cuidados singulares necessários (ARAÚJO et al., 2009).

## 2.4 GESTÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO NO CENÁRIO HOSPITALAR

O gerenciamento do cuidado em saúde é reconhecido como um conjunto de atividades realizadas de forma sistemática, para alcançar objetivos previamente estabelecidos e aperfeiçoar o uso de recursos tecnológicos disponíveis para o alcance máximo possível de bem-estar (ANSENJO, 2000). Os estudos voltados para a gestão do cuidado em enfermagem no cenário hospitalar atualmente têm destacado especial atenção para a necessidade de delineamento de um modelo de cuidado com possível inserção no SUS, de forma que envolva a organização tecnológica, o reconhecimento da RAS, o saber profissional, o conhecimento e sua competência técnica sobre a patologia, e o enfoque na humanização da assistência.

Além disso, o gerenciamento na enfermagem revela-se como um processo humano e social voltado para a mobilização de recursos individuais com o objetivo de propiciar o cuidado. O enfermeiro, nesse contexto, desenvolve competências necessárias para esse fim, quais sejam: planejamento, organização e controle da oferta do cuidado seguro e em tempo hábil, garantindo a sua continuidade a partir de diretrizes e políticas institucionais (AGUERO; KLIJN, 2010).

Em relação à organização tecnológica, a produção do cuidado exige a mobilização de diversos recursos que são classificados como tecnologias leves, representadas pelos processos relacionais estabelecidos entre o paciente e o profissional durante o ato cuidador; as leves-duras são expressas pelo saber profissional adquirido ao longo de sua formação; e as tecnologias duras são representadas pelos aparelhos e máquinas que vêm se incorporando cada vez mais no campo da saúde (MERHY, 2007). Por ser considerado necessário ao desenvolvimento de uma gestão do cuidado com ênfase nas necessidades do paciente, o

emprego dessas tecnologias no processo de trabalho da enfermagem deve ocorrer de forma articulada (CARDOSO; SILVA, 2010).

Corroborando essa afirmação, um estudo realizado em serviços de urgências traumáticas destacou como recurso tecnológico para o gerenciamento do cuidado nessas unidades o Advanced Trauma Life Support (ATLS), considerado como protocolo internacional que padroniza as condutas da equipe de saúde com vista à atenção integral por meio da abordagem mnemônica do ABCDE (AZEVEDO; SACARPARO; CHAVES, 2012). O ATLS possibilita uma atuação interprofissional, de forma que toda a equipe se mobiliza em função do paciente e o enfermeiro tem um papel relevante na articulação dos profissionais e no provimento de recursos para a atenção ao usuário. Nesses serviços, o acolhimento com classificação de risco também é considerado pelos enfermeiros como um novo e importante modelo de reorganização do cuidado (AZEVEDO; SACARPARO; CHAVES, 2012).

Ressalta-se que a gestão do cuidado pelo enfermeiro no atual contexto hospitalar, segundo Cardoso e Silva (2010), aponta para um processo de trabalho em que a enfermagem atua de forma colaborativa e interativa. Nesse sentido, o profissional utiliza o planejamento como instrumento da prestação do cuidado, reconhecendo-o como um recurso valioso para a construção do projeto terapêutico.

Nessa direção, um estudo realizado por Agüero e Klijn (2010) acerca do nível de relevância das competências gerais atribuídas aos enfermeiros na gestão do cuidado em enfermagem identificou como prioritárias: a liderança, o trabalho em equipe, a efetiva comunicação, o compromisso ético e o domínio dos conhecimentos científico e tecnológico. Já para a formação de competências específicas destacaram-se: a gestão do talento humano, a gestão em saúde e da qualidade.

Sobre a questão supracitada e com base nos resultados da revisão integrativa realizada por este estudo, identificaram-se como atributos essenciais da gestão do cuidado em enfermagem integração entre a gestão e o cuidado, liderança, interação, comunicação, tomada de decisão e cooperação. A relação interativa entre o enfermeiro e o usuário se destacou como importante elemento dessa dinâmica, visto que permite a troca de informação e o estabelecimento da confiança e do vínculo, contribuindo para a concretude das ações de promoção e recuperação da saúde da pessoa doente. Assim, a gestão do cuidado em enfermagem é definida como “a articulação e integração entre as ações cuidativas e gerenciais, mediante o exercício de liderança, relações interativas, comunicativas e cooperativas assumidas pelo enfermeiro para com a equipe de enfermagem, profissionais de saúde e usuário” (MORORÓ et al., 2017, p. 328).

Esse conceito destaca a atuação do enfermeiro na gestão do cuidado para além das competências técnico-científica à medida que exige dele estabelecer relações de interatividade, comunicação e cooperação com a equipe de enfermagem, com os profissionais de saúde e com a pessoa que precisa de cuidado. A sua aplicação prática implica, portanto, a conformação de um modelo de gestão vinculado ao cuidado com base no compartilhamento de tarefas, de práticas cooperativas na integralidade.

Dessa forma, reafirmam-se exigências de habilidades como comunicação, relacionamento interpessoal e tomada de decisão na função exercida pelo enfermeiro na gestão do cuidado, uma vez que necessita utilizar a liderança como instrumento essencial na coordenação do trabalho da enfermagem e na intermediação dos distintos profissionais da equipe de saúde (SANTOS et al., 2012). Além disso, reconhecem-se a organização do trabalho e os recursos humanos da enfermagem como objetos do trabalho gerencial e é destacada a influência das condições sociolaborais sobre a tarefa de cuidar, demonstrando que a condição de trabalho constitui uma das bases fundamentais para a gestão do cuidado (ADÁN et al., 2011).

Todavia, também se identificou, nos estudos, haver uma forte preocupação na forma de gerência que o enfermeiro tem exercido nos serviços hospitalares. Sobre esse aspecto, um estudo realizado por Azevedo, Scarparo e Chaves (2012) revelou que as ações assistenciais do enfermeiro estão centradas no cuidado ao usuário, enquanto as gerenciais envolvem a organização da unidade/assistência, a coordenação/articulação da equipe e a mobilização de recursos a fim de garantir a infraestrutura necessária para ofertar um cuidado qualificado.

Sobre isso, entende-se uma organização do cuidado baseada nas necessidades do usuário, considerando a interação interprofissional e o adequado fluxo de informação entre os integrantes da equipe de saúde. Portanto, espera-se que, quando a equipe estabelece comunicação previamente, seja possível adequar as condições necessárias à assistência ao paciente, reforçando que as ações assistenciais e gerenciais do enfermeiro devem estar convergentes e articuladas na perspectiva de gerenciamento do cuidado (GEHLEN; LIMA, 2013; AZEVEDO; SACARPARO; CHAVES, 2012).

Em consonância, uma pesquisa sobre o que compreende o enfermeiro acerca do gerenciamento do cuidado evidenciou concepções voltadas à organização do trabalho com vista à implementação de estratégias capazes de reduzir os problemas relacionados à superlotação e à procura constante por atendimento. Mais uma vez, o estudo reafirmou a tendência atual do enfermeiro como articulador e integrador das ações gerenciais e

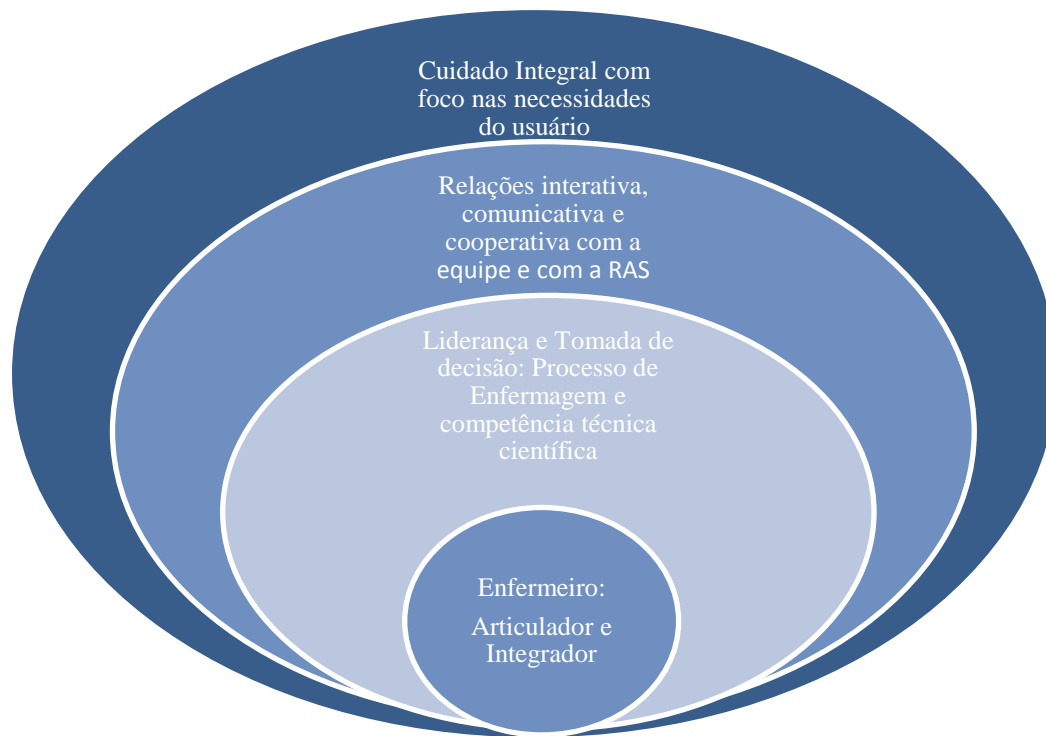


assistenciais na perspectiva centrada no usuário, considerando o alcance da integralidade do cuidado em saúde (SANTOS et al., 2012).

Entretanto, destaca-se que a gestão do cuidado, numa perspectiva de integralidade, envolve também o reconhecimento da unidade como um ponto de referência RAS, bem como a necessária articulação entre os diferentes níveis de complexidades da assistência. Porém, há ainda desafios a ser enfrentados relacionados à gestão da superlotação e ao excesso de pacientes (SANTOS et al., 2012). A superação desses desafios implica repensar o modelo de gestão do cuidado numa perspectiva que envolva uma articulação dos níveis de assistência em rede, ultrapasse o mero tecnicismo e esteja centrado nas necessidades do usuário.

Enfim, conforme resultados dos estudos analisados, observou-se que, na área da gestão do cuidado de enfermagem, é predominante a compreensão de que os enfermeiros focalizam suas funções no campo da gerência e do cuidado de forma pouco articulada. Em contrapartida, entende-se que a efetiva organização do cuidado com foco no paciente exige do enfermeiro o exercício de competências que envolvem as relações interpessoais, a humanização da assistência, uma postura ética e o conhecimento acerca da RAS. Nesse sentido, a Figura 1, a seguir, apresenta como se dá a concepção da gestão do cuidado integral em enfermagem.

Figura 1 – Diagrama representativo da concepção da gestão do cuidado integral em enfermagem



Fonte: Produzida pela pesquisadora com base em Mororó et al., 2017

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Esta seção contempla a abordagem teórica e metodológica que embasa o presente estudo. Inicia-se pelo conceito de cultura e de etnometodologia e segue com a Etnografia Institucional e os paradigmas filosóficos que influenciam as práticas assistenciais e do cuidado.

#### 3.1 CULTURA E CULTURA ORGANIZACIONAL

Acredita-se que a cultura influencia a natureza humana, visto que o homem pode relacionar-se com o ambiente no qual ele vive, e no que ele acredita. Tal fato o leva a ser visto dentro dos seus costumes, caso contrário, corre-se o risco de se perder completamente a perspectiva do homem e marchar para a bandeira do relativismo cultural ou da evolução cultural, conforme aponta Geertz (1989). Para o autor, a cultura é entendida como sendo as teias de significado que o próprio homem tece e permanece a elas amarrado, embora seja uma ideiação, é um documento de atuação público, não é uma identidade oculta, e sua análise é realizada por meio de uma ciência interpretativa à procura do seu significado.

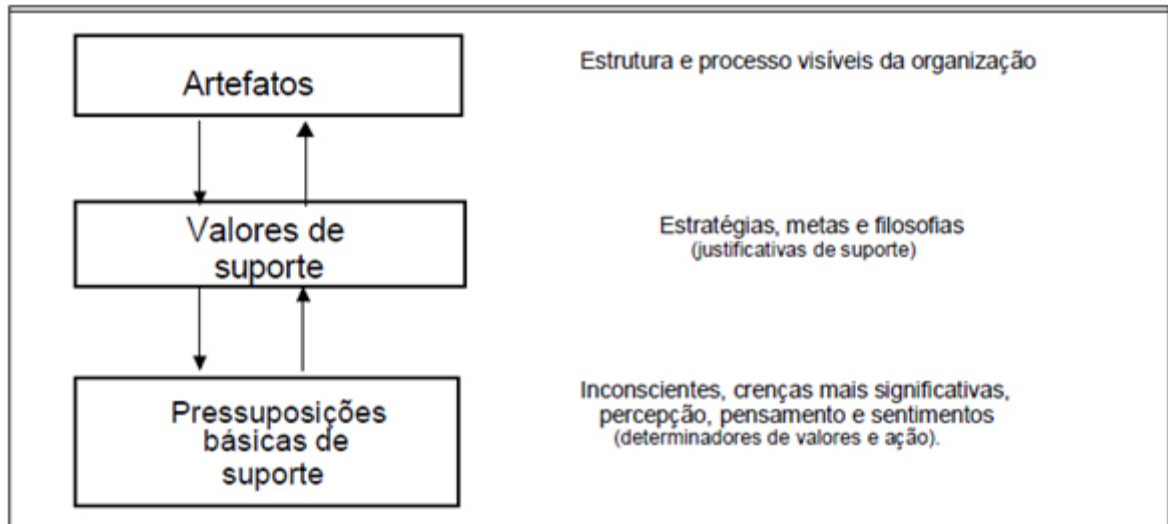
Ao longo de sua história, a cultura vem sendo estudada por mais de um ramo do conhecimento e assume vários conceitos. Para o leigo, indica sofisticação; para antropólogos, refere-se a costumes, símbolos e rituais desenvolvidos e partilhados pela sociedade em sua trajetória; já a sociologia busca entender a dimensão cultural a partir das relações sociais; e para pesquisadores e gerentes, a cultura tem sido compreendida, nas últimas décadas, como práticas desenvolvidas pelas organizações em torno das relações estabelecidas entre as pessoas, pautadas nas crenças e nos valores adotados (SCHEIN, 2010; CROZATTI, 1998).

Nessa perspectiva, a cultura organizacional é aquela existente em torno de uma organização, como um sistema de significados compartilhados entre os seus membros. Entretanto, enfatiza-se que a existência de uma cultura não impede a coexistência de outras subculturas em uma mesma organização, porém, todas relacionadas a uma mesma cultura (DOMINGO FABBRI, 2000).

Para Schein (2010, p. 3), “a cultura é um fenômeno dinâmico que emerge das interações entre as pessoas e é definida por um conjunto de estrutura, rotina, regras e normas que guiam o comportamento de grupos dentro de uma organização”. Assim, com base em sua Teoria, Schein (2010) defende que a cultura organizacional se estrutura em três níveis, quais

sejam: artefatos, valores de suporte e pressuposições básicas de suportes, conforme se visualiza na Figura 2.

Figura 2 – Níveis da cultura organizacional



Fonte: Schein (2010, p. 26)

Os artefatos são os aspectos objetivos da cultura e se encontram no nível de superfície: compreendem as instalações, a estrutura organizacional, os processos, os equipamentos e outros que representam e transmitem a cultura da organização. Por sua vez, os valores de suporte se relacionam às regras, às normas, às crenças e aos valores que se incorporam à filosofia organizacional e irão nortear as atitudes e os comportamentos dos indivíduos. Esses valores, normas e regras passam por uma validação social e pela experiência compartilhada de um grupo (SCHEIN, 2010, p. 25).

Já as pressuposições básicas de suporte referem-se à estrutura conceitual construída pelo indivíduo por meio das relações estabelecidas no grupo. Elas servem de base para os indivíduos assumirem posicionamentos diante das situações vivenciadas e difíceis de mudança. Embora não visível, dentre todos os níveis, as pressuposições destacam-se como potencializadoras da cultura institucional, visto que têm a capacidade de influenciar os membros para agir de uma determinada forma (SCHEIN, 2010, p. 26).

As pressuposições básicas de suporte encontram-se no nível mais profundo da cultura e por isso modificá-las pode gerar grande quantidade de ansiedade e mobilizar o mecanismo de defesa cognitiva. Nesse sentido, a liderança exerce papel fundamental na criação, na gestão e na perpetuação da cultura, razão pela qual se há mudança de ambiente, as pessoas que integram uma organização enfrentam dificuldades de adaptação. Nessa ocasião, a

liderança depara-se com o desafio de compreender as particularidades da cultura organizacional para iniciar, junto ao grupo, um processo adaptativo às novas estruturas de regra. Da mesma maneira, quando se deseja mudar uma cultura, é preciso primeiramente identificar suas características, visto que modificá-la significa mudar o comportamento de pessoas para adequá-lo às novas regras (SCHEIN, 2010).

Dessa forma, a liderança e a cultura encontram-se intrinsecamente relacionadas, uma vez que a própria cultura define a função e a importância da liderança na organização e esta, por sua vez, é capaz de criar, gerenciar ou mudar uma cultura (SCHEIN, 2010). Entende-se, então, que a cultura exerce uma importante influência no comportamento das pessoas de uma instituição, implicando em sua forma de agir e organizar os seus processos de trabalho, por propiciar uma definição da identidade institucional, o compromisso coletivo, a estabilidade organizacional, além de ajustar o comportamento do grupo à instituição (TEIXEIRA, 2006).

Por esse motivo, a mudança de uma instituição somente pode ser efetivada quando se modifica a cultura organizacional mediante a incorporação de novos valores e crenças e o gestor ou o líder da instituição exerce uma contribuição efetiva nesse processo. Desse modo, a missão institucional deve estar pautada em valores e regras explícitos que darão direcionamento às decisões das pessoas e dos gestores e poderão conformar num modelo de gestão (CROZATTI, 1998).

Portanto, as características de uma cultura podem ser identificadas, entre outros meios, com base em crenças que são as verdades concebidas ou aceitas a partir da observação de fatos ou da convivência em um grupo de pessoas, dos valores que determinam a importância das coisas e dos costumes que materializam os valores e as crenças por meio de ações realizadas sistematicamente (CROZATTI, 1998).

### 3.2 A ETNOGRAFIA

A etnografia é um estudo descritivo da cultura de uma comunidade, e seu caráter descritivo a diferencia da etnologia, que envolve análise comparativa entre várias etnografias. Porém, esse atributo descritivo da etnografia não é impedimento para se proceder à análise da cultura quanto à identidade, à totalidade e à eficácia, visto que a ação etnográfica pode propiciar condições de se conhecer a identidade étnica da comunidade, compreender a cultura como um todo orgânico e verificar como a cultura está viva e é capaz de resolver os problemas da comunidade (BAZTÁN, 1995).

A etnografia encontra-se diante de duas concepções: uma que a considera mera descrição, exigindo do pesquisador uma maior objetividade possível para descrever uma determinada realidade e aquela que a compreende como um processo de construção de uma teoria de funcionamento de uma cultura particular, mais próxima possível da forma como os membros dessa cultura percebem o universo. Essas concepções partem do pressuposto da etnografia como processo de coleta de matéria-prima e consideram que a perspectiva teórica do investigador não interfere na descrição (EZPELETA; ROCKWELL, 1986).

No caso da antropologia social, pratica-se a etnografia e isso significa estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário e assim por diante. Nesse caso, não são as técnicas e os processos que a definem, mas o tipo de esforço intelectual que ela representa (GEERTZ, 1989).

Nessa perspectiva, uma vasta tradição de antropólogos defende e reconhece a imbricação do trabalho teórico na tarefa descritiva, sendo essa a distinção entre as narrativas de viajantes e um processo de pesquisa, visto que esse último provém de discussões teóricas cujo objeto é construído, e a observação e a interpretação das realidades são fundamentadas por teorias. Desse modo, no desenvolvimento histórico da antropologia, a etnografia vem sendo influenciada por diversos pressupostos teóricos com suas consequências para a metodologia etnográfica (EZPELETA; ROCKWELL, 1986).

Mesmo diante da diversidade de perspectivas teóricas da etnografia, conforme aponta Baztán (1995), o trabalho de campo é inerente a qualquer processo etnográfico e se realiza por meio da observação durante um tempo suficiente e envolve as seguintes etapas: a demarcação do campo, momento em que se dá a escolha da comunidade na qual se realizará a etnografia; a preparação e a documentação, etapa que antecede o trabalho de campo, na qual se procede à seleção de documentos bibliográficos, arquivos necessários que ajudam a conhecer informações prévias sobre a cultura e envolve também o preparo físico e mental. Em seguida, ocorre a fase propriamente de investigação, que se refere à chegada ao local da pesquisa, à imersão na cultura nativa, à abordagem aos informantes, ao registro de dados e à observação participante. Finalmente, segue-se a etapa de término do trabalho, momento em que se inicia a preparação da ruptura.

Ressalta-se que, na prática etnográfica, é possível compreender a realidade a partir de uma dupla tarefa que envolve transformar o exótico em familiar ou o familiar em exótico. A primeira transformação corresponde a uma viagem do pesquisador marcada por distintos momentos, a saber: a saída de sua sociedade, o encontro com o mundo social do outro e, por último, o retorno triunfal ao seu próprio grupo. Na segunda transformação, o movimento se dá

sem que o pesquisador saia do lugar. Trata-se de uma viagem na qual se busca chegar ao fundo do poço de sua própria cultura e, como consequência, conduz-se, igualmente, ao encontro com o outro e ao estranhamento (DAMATTA, 1978).

Durante o processo etnográfico, utilizam-se variadas ferramentas, entre elas: a observação participante, considerada como uma técnica principal desse tipo de estudo. Com base nessa técnica, acontece um tipo especial de inter-relação entre observador e observado, que consiste no processo em que o investigador, de forma consciente e sistemática, compartilha as circunstâncias, as atividades de vida e os interesses de um grupo de pessoas com o propósito de obter dados acerca de suas condutas a partir de um contato direto (BAZTÁN, 1995).

Para a execução do método de observação participante, utiliza-se um diário que consiste em um instrumento do etnógrafo, destinado à produção diária da descrição de toda a experiência etnográfica. Acerca desse instrumento, distinguem-se três tipos, a saber: diário de campo, que se relaciona à descrição dos eventos observados ou compartilhados, acumulando materiais para analisar os discursos e as posições dos entrevistados e também para colocar em dia as relações estabelecidas entre o etnógrafo e os pesquisados; o diário de pesquisa de campo, que permitirá compreender os lugares que serão relacionados pelos observados ao observador e esclarecer a atitude destes em relação àquele; e, enfim, o diário íntimo, no qual são depositados os humores e as emoções do autor (WEBER, 2009). O pesquisador também pode utilizar-se de um roteiro de questões sobre aspectos inerentes às indagações pré-estabelecidas, com o intuito de não as esquecer durante suas observações, além de manter uma observação organizada.

### **3.2.1 Etnografia Institucional**

Entre várias perspectivas etnográficas, optou-se, neste estudo, pelo referencial teórico-metodológico da Etnografia Institucional (EI). Esse foi um método de investigação desenvolvido pela socióloga britânica e radicada canadense Dorothy E. Smith, no início da década de 1980, concebido para permitir aos investigadores explorarem a organização social do conhecimento e suas consequências na sociedade contemporânea (SMITH, 2005).

É uma abordagem de investigação que se concentra na organização social e nas relações estabelecidas no interior daquela sociedade, que são mediadas pelas normas institucionais. Assim, a EI é construída a partir do exame de processos de trabalho com vista a

compreender as formas de ação dos atores naquele espaço e na perspectiva dos próprios envolvidos (SMITH, 2005).

A EI explora o mundo real em que as pessoas vivem, exigindo do estudioso uma postura de conhecedor do cotidiano de vida e do trabalho dos atores daquele local. Além disso, ele deve ter a fundamentação teórica necessária para compreensão da problemática e aplicação de teorias, diferenciando-se de abordagens que objetivam pessoas e eventos e os encaixam em categorias teóricas (CAMPBELL; GREGOR, 2004).

Nesse contexto, essa modalidade de investigação propõe-se à produção de conhecimento a partir do cotidiano das pessoas e de suas próprias experiências. Tem seu fundamento no diálogo entre o pesquisador e os participantes do estudo a fim de explorar as relações sociais estabelecidas sistematicamente naquele espaço e os levar a identificar o lugar que eles ocupam, visto que o produto da etnografia institucional deverá ser utilizado pelos atores sociais daquele contexto (SMITH, 2005).

A EI explora as experiências dos envolvidos diretamente no ambiente institucional. Todavia, não são as pessoas ou a instituição que constituem o objeto de investigação, mas a problemática vivenciada e os aspectos relevantes do cotidiano da instituição. Por meio da aproximação com o cenário, com o referencial e com os seus protagonistas, é possível desvelar a dinâmica na qual as coisas acontecem. Dessa forma, o investigador deve se inserir no campo de estudo para conhecer o seu contexto, a forma de inserção dos atores e a organização de suas práticas, além das estruturas institucionais existentes. Sob essa ótica, a etnografia reconhece a problemática como um território a ser descoberto, que não se restringe à experiência individual ou particular, mas a relaciona com o contexto organizacional e com as relações sociais nas quais essa experiência está situada (SMITH, 2005).

Para iniciar uma pesquisa em EI, deve-se considerar três aspectos: a delimitação da problemática face a uma reflexão acerca do que se pretende estudar; a apropriação dos conceitos que fundamentam o processo de investigação; a construção do arcabouço teórico acerca do problema de pesquisa; e, por fim, a descrição da perspectiva metodológica que contribuirá para a construção do estudo (VÉRAS; MORAIS, 2014).

O primeiro passo é, portanto, a identificação da problemática de investigação, a qual emerge do próprio pesquisador, a partir de uma situação por ele vivenciada ou por pessoas às quais tem acesso, em um campo particular de interesse de sua atividade prática. Após a delimitação do problema, o investigador busca conhecer melhor sobre as situações da instituição e como os colaboradores se sentem acerca daquele assunto. Por essa razão, torna-se necessária a imersão no campo para que seja possível evidenciar aquilo que os atores,



muitas vezes, não conseguem enxergar em seu cotidiano de vida e de trabalho. Dessa forma, a EI tem como foco as relações sociais em detrimento das ações e das competências individuais. Com isso, a ação passa a ser contextualizada na dinâmica da instituição de atuação cotidiana (VÉRAS; MORAIS, 2014).

O segundo passo refere-se à reflexão científica acerca dos dados apreendidos durante o período de investigação. Para isso, o aporte teórico torna-se essencial a fim de analisar seu objeto de investigação, buscar fundamentos para as respostas aos problemas suscitados e dar suporte à comprovação das hipóteses. O terceiro passo diz respeito à descrição detalhada da metodologia, considerada indispensável para o êxito da pesquisa, uma vez que contribui para esclarecer o caminho a percorrer e é mais apropriada para revelar a dinâmica presente no cotidiano do serviço (VÉRAS; MORAIS, 2014).

Quanto ao processo de análise em EI, este deve seguir os critérios de uma pesquisa qualitativa que, diferentemente dos estudos quantitativos, exige a reflexividade, a triangulação dos dados e a discussão do material da pesquisa. Para tanto, devem-se utilizar técnicas de análise que estejam coerentes com a fundamentação teórica e com os objetivos da pesquisa. A análise precisa de uma consistência teórica e epistemológica, uma reflexão permanente sobre os dados e uma revisão sobre a sua problemática, podendo ser desenvolvida por meio de um processo de escrita analítica que implica escrever e reescrever muitas vezes. Além disso, é importante compartilhar as informações com outros colegas durante o processo de análise a fim de evitar interpretações rápidas, permitir ao investigador a troca de ideias e a identificação daquilo que não está sendo percebido (AZEVEDO, 2013).

Por fim, a EI não é uma abordagem experimental, mas deve reproduzir representações precisas e fiéis de como as coisas funcionam. Os seus resultados visam ampliar o conhecimento para outras instituições de regimes semelhantes (SMITH, 2005).

### 3.3 INFLUÊNCIA DO PARADIGMA CARTESIANO E DA CONCEPÇÃO SISTÊMICA DA VIDA

A noção de paradigma, segundo Kuhn (1997), não é guiada por um conjunto de regras, mas sim por um conjunto de exemplos, de forma que “toda teoria deve ser enunciada a partir de suas aplicações a uma determinada gama concreta de fenômenos naturais” (KUHN, 1997, p. 72). Sem a demonstração de sua aplicabilidade, a teoria sequer poderia concorrer à aceitação científica, visto que é essa aplicabilidade prática que possibilita o processo de assimilação e compartilhamento teórico.

Nessa perspectiva, o paradigma, a partir de um conjunto de exemplos, orienta a visão de mundo e o sistema de valores de um determinado contexto cultural à medida que apresenta padrões de soluções e respostas concretas para os desafios postos. Assim, antes de 1.500, a visão de mundo da Europa e de outras civilizações se baseava em um modelo orgânico pautado em Aristóteles e Tomás de Aquino, mantendo-se como estrutura conceitual durante toda a idade média (CAPRA, 1982).

Entretanto, nos séculos XVI e XVII, a noção de universo orgânico foi substituída pela visão de mundo como máquina que passou a dominar a era moderna. Tais mudanças foram ocasionadas pela revolução paradigmática da física e da astronomia, guiadas pelas realizações de Copérnico, Galileu e Newton. Essa revolução começou com Nicolau Copérnico que se opôs à concepção geométrica de Ptolomeu e da Bíblia. Como resultado, a Terra deixou de ser o centro do universo e o homem perdeu a sua posição de figura central da criação de Deus. Em seguida, Galileu, além das realizações no campo da astronomia, foi o primeiro a combinar a experimentação científica com a matemática, tornando-se o pai da ciência (CAPRA, 1982).

Em paralelo, Francis Bacon descreveu, na Inglaterra, o método empírico da ciência, tornando-se o pioneiro na formulação de teoria com procedimento indutivo e na realização de experimentos, extraindo deles conclusões gerais a ser testadas por outros experimentos. Por conseguinte, decorrem grandes mudanças na investigação científica, que passam a assumir a pretensão de dominar e controlar a natureza e tratam de substituir a concepção orgânica da natureza pela metáfora do mundo como máquina. Essa mudança de concepção é continuada e consumada no século XVII, por René de Descartes e Isaac Newton (CAPRA, 1982).

Descartes era um brilhante matemático que dedicou sua vida à construção de uma nova filosofia científica. Assim, traduziu sua certeza a partir da matemática que acreditava ser o meio de compreensão do universo, além de defender a crença da verdade científica que refletiu no cientificismo típico da cultura ocidental e influenciou todos os ramos da ciência moderna (CAPRA, 1982).

Foi com base em Isaac Newton que se concretizou o método cartesiano e a completa revolução científica à medida que combinou o método empírico, representado por Bacon, com o método racional cartesiano, unificando-os e desenvolvendo uma completa formulação matemática da concepção mecanicista da natureza. Esse paradigma mecanicista influenciou o pensamento científico ocidental e a moderna medicina científica, servindo de fundamento conceitual para o chamado “modelo biomédico”, que visava explicar as estruturas e as funções do corpo a partir dessa concepção. Nessa perspectiva, “o corpo humano é visto como

uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças, a doença é vista como um mal funcionamento dos mecanismos biológicos e o papel do médico é intervir para consertar o defeito” (CAPRA, 1982, p. 116).

Assim, conforma-se o modelo assistencial biomédico com características clínicas e individuais, que coloca o hospital juntamente com o médico em uma posição central no Sistema de Saúde com base numa cultura de autosuficiência (OPAS, 2002). Esse modelo ainda orienta as práticas médicas atuais, e de acordo com Barros (2002), a adesão a esse raciocínio pode ser justificado pelas “supostas” soluções que ele traz, embora sejam muitas vezes paliativas, visto que não atuam nas causas, concentrando-se numa visão fragmentada das partes de um sistema ou de um processo. Como resultado da aplicação prática do modelo biomédico na abordagem de saúde e doença, o autor destaca “o fenômeno da medicalização” que além de ser consequência, é também estímulo para sua hegemonia, levando a sociedade ao crescente consumo e à dependência de medicamentos e à excessiva ênfase nas tecnologias médicas (BARROS, 2002).

Em consonância, Mendes (1999, p. 236) explica que o conceito de saúde nessa concepção é reducionista considerando que se apresenta como “a ausência de doença e a organização de serviços medicamente definida”, cujo objetivo é disponibilizar à população serviços preventivos, curativos e reabilitadores. Para o autor, esse conceito constitui-se numa âncora da prática sanitária da atenção médica e se mostra insuficiente para explicar e ser utilizado no desenvolvimento de ações integrais de saúde, especialmente diante da transição demográfica associada ao aumento da expectativa de vida e ao crescimento das doenças crônicas e das causas externas.

Para Capra (1982, p. 102), a ênfase na visão fragmentada do mundo levou a uma “cultura social severamente fragmentada, assim como contribuiu para o desenvolvimento da tecnologia, instituições e estilo de vida extremamente doentios”, que, induzidos pelo sistema econômico e de valores, criaram um meio ambiente físico e mental extremamente insalubre. Situa-se, nesse contexto, a indústria farmacêutica que, em razão da obsessão pelo lucro, estimula a excessiva prescrição de drogas psicofarmacológicas que, por meio da publicidade, são descritos como a solução para uma grande variedade de problemas cotidianos.

Em sequência ao desenvolvimento da física moderna, vivenciou-se, no início do século XX, a introdução de duas tendências revolucionárias por Albert Einstein: a teoria da relatividade e um novo modo de considerar a reação eletromagnética que caracteriza a teoria quântica. Essas duas teorias da física moderna dão alicerce a uma nova visão de mundo, ainda não compartilhada por toda a comunidade científica, que vem “transcender a imagem do

universo como uma máquina para uma visão dele como um todo dinâmico e indivisível, cujas partes estão inter-relacionadas” (CAPRA, 1982, p. 86).

Essa nova perspectiva caracterizada pelas palavras: orgânica, holística e ecológica, abre novos caminhos para o cuidado à saúde, conduzindo-o a uma abordagem holística que se assemelha à visão dos místicos, “em que o conhecimento da mente e do corpo humano e a prática de métodos de cura são partes integrantes da filosofia natural e da disciplina espiritual” (CAPRA, 1982, p. 299). Surgem, então, novas concepções do processo saúde-doença que buscam articular a biologia humana, os estilos de vida, o meio ambiente e os serviços de saúde como dimensões explicativas da saúde de forma mais globalizante. Assim, o modo de pensar a saúde e a doença evolui de uma maior vinculação com a doença e a morte para uma compreensão da saúde em sua positividade, articulada com condições de vida como “resultante de um processo de produção social expressa pela qualidade de vida da população” (MENDES, 1999, p. 237).

A partir dessa compreensão e fundamentado no conceito ampliado de saúde, Mendes (1999) propõe a produção social da saúde como um novo paradigma sanitário que implica mudança na concepção de saúde-doença e na prática sanitária, mediante a superação da atenção médica para a vigilância em saúde. Com base nisso, defende-se uma reforma de natureza estrutural do sistema de saúde que envolve mudanças profundas de um sistema de crenças pautado na redução dos problemas de saúde aos fenômenos patológicos e no estabelecimento de uma terapêutica que avança em busca de uma atuação racional de enfrentamento coletivo dos problemas de saúde por meio da vigilância das situações de saúde.

Portanto, essa transição paradigmática envolve uma mudança de valores, de crenças e de práticas e implica a ação da vigilância em saúde como prática sanitária. Tal ação parte da organização dos processos de trabalho em saúde, por meio da intersetorialidade e de estratégias de intervenção que envolvam a combinação de ações de promoção da saúde, de prevenção de enfermidades e acidentes e de atenção curativa na busca de modificar perfis de problemas de saúde (MENDES, 1999).

### 3.4 INFLUÊNCIAS HISTÓRICA E CULTURAL NA PRÁTICA DE CUIDADOS E NA ENFERMAGEM

A prática de cuidado é uma construção histórica e social que esteve presente em todas as culturas e se desenhou em volta de dois eixos orientadores complementares: o primeiro deles assegura a manutenção e a continuidade da vida, representado por atos que

envolvem velar, cuidar, tomar conta; o segundo implica fazer recuar a morte, orientação advinda da metafísica e do discernimento entre as forças benéficas e maléficas (doença e morte). Tais orientações também influenciaram o desenvolvimento da enfermagem, que traz em sua essência o cuidado, prática que vem se constituindo “em torno de tudo que dá vida, é fecundável e dá luz” e, portanto, identificou-se como uma atividade feminina (COLLIÈRE, 1999).

Nessa trajetória histórica, da idade média até o fim do século XIX e no contexto de uma intensa influência religiosa, da expansão do cristianismo e da ascensão da igreja católica, o cuidado foi identificado com a figura da mulher consagrada. No século XIX, iniciando um cenário de desenvolvimento tecnológico, a medicina passa a aplicar conhecimentos da física e da química. Com isso, concebem-se tecnologias cada vez mais complexas e voltadas para o diagnóstico e a cura. Há uma ampliação do campo da medicina e a concepção do cuidado é totalmente modificada, levando o médico a delegar progressivamente as suas tarefas para a enfermeira, definindo-se um novo modelo: a auxiliar do médico (COLLIÈRE, 1999).

Já no início do século XX até os anos 1960, surge a figura da enfermeira, que passa a assumir os cuidados prestados ao doente, pautando-se em valores morais e religiosos, herdados da mulher consagrada. Observa-se, assim, que a prática da enfermagem seguiu um trajeto semelhante ao do desenvolvimento da saúde, recebendo influências de distintas concepções, desde um modelo religioso como referência da prática do cuidado até a visão mecanicista da vida que orientou o “modelo biomédico”. Como herança desses valores culturais, o servir tornou-se a base da prática da enfermagem e esses modelos passaram a ser referência para a institucionalização da profissão de forma que tanto o ensino quanto o exercício profissional da enfermeira foram se pautando no modelo biomédico, centrado na doença e na técnica, que constituiu a sua base cultural. Nessa lógica, a razão de ser da prática do enfermeiro passou a ser o doente como portador de doença, organizada em torno de tarefas prescritas pelo médico (COLLIÈRE, 1999).

Ao longo do tempo, emergiram outras correntes filosóficas, baseando-se, por exemplo, na revalorização da relação entre quem presta e quem recebe o cuidado, o que trouxe novos significados à prática do cuidado da enfermagem e do hospital. Levantaram-se, então, questionamentos e reflexões sobre a centralidade da técnica no cuidado de enfermagem numa perspectiva de ressignificá-lo, tomando as relações de interação com o paciente como eixo do cuidado, visto que, por meio dele, torna-se possível conhecer e compreender suas necessidades e a partir disso desenvolver o plano de cuidado.

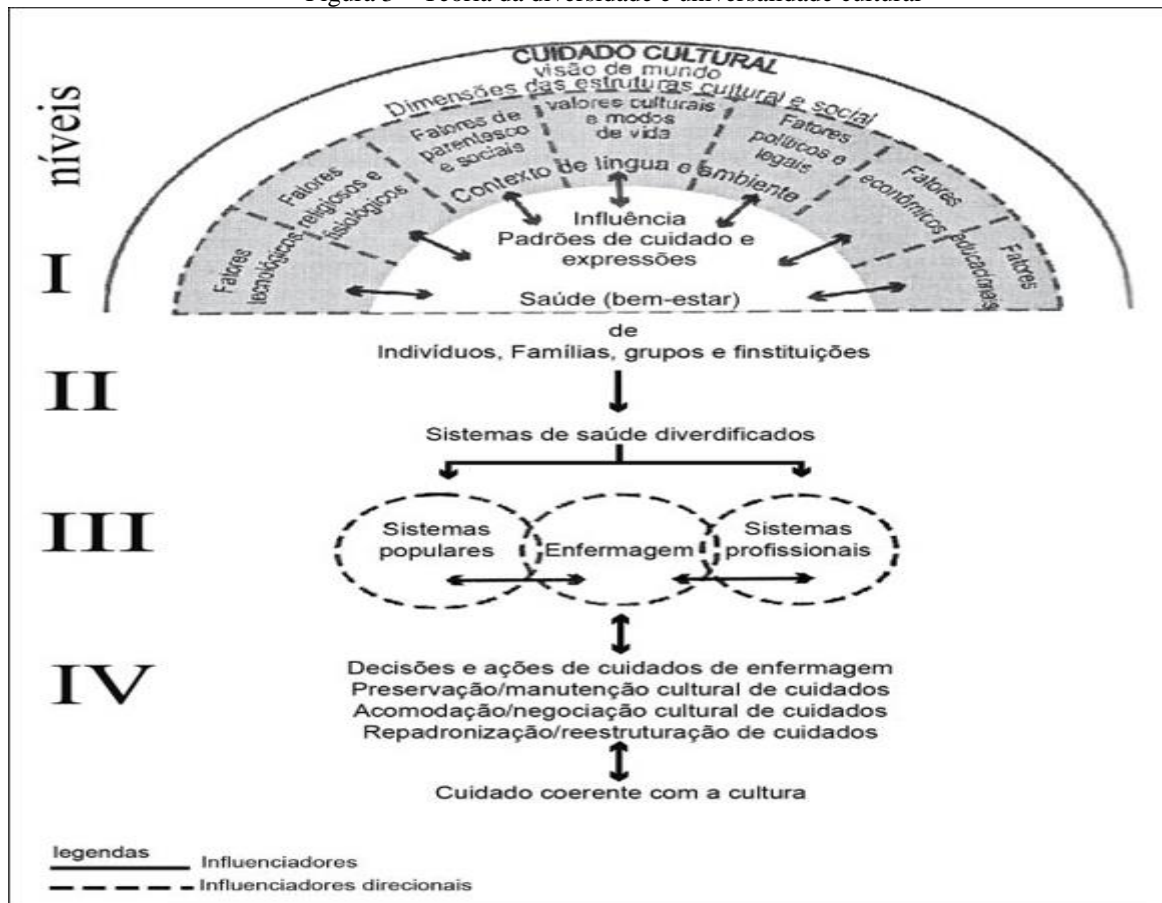
Nova evolução surge a partir de uma corrente de pensamento orientada para o desenvolvimento da saúde que trouxe uma nova concepção sobre o processo saúde-doença. Com isso, passa a situar o cuidado no conjunto das dimensões sociais, econômicas e políticas de forma a tensionar mudanças na prática sanitária, por entender que as necessidades de saúde não são resolvidas, exclusivamente, pelo consumo de cuidados médicos hospitalares (COLLIÈRE, 1999).

A enfermagem, nesse contexto, necessitou apreender outras fontes de conhecimentos que lhe permitiram compreender as necessidades e os problemas de saúde, não de forma isolada, mas associada às condições de vida e de trabalho das pessoas com vista a aprender a olhar e a ouvir o outro e buscar superar a relação de ajuda tão presente na prática do cuidado de enfermagem. Desse modo, a partir dos saberes adquiridos e vivenciados, surgem diferentes maneiras de exercer o cuidado, impregnadas de representações simbólicas, de crenças e de valores (COLLIÈRE, 2003).

Nessa perspectiva, cita-se Madeleine Leininger, que compreende o cuidado humano como central para o conhecimento e a prática da enfermagem e defende ser esse cuidado concebido, percebido e desenvolvido de formas diferentes, acompanhando a diversidade cultural do mundo, embora existam pontos comuns entre essas práticas. Dessa forma, Leininger contrasta a universalidade do cuidado ao focar a diversidade cultural do ato de cuidar a partir de “variações e diferenças nos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos de cuidado que são relacionados às expressões assistenciais, apoiadoras ou capacitadoras do cuidado humano” (GEORGE, 2000, p. 298).

Cuidado é o “fenômeno abstrato e concreto relacionados à assistência, ao apoio ou à capacitação de experiências para outros ou por outros, com a necessidade evidente de melhorar uma condição humana” enquanto cuidar “são ações e atividades dirigidas para a assistência, o apoio ou a capacitação de experiências” (GEORGE, 2000, p. 299). Esses são essenciais para a sobrevivência, a saúde e o bem-estar dos homens considerando que expressões, padrões e modo de vida se diferenciam em contextos culturais distintos. Dessa forma, Leininger descreveu o modelo da diversidade e da universalidade do cuidado cultural a partir da visão do mundo e das dimensões da estrutura cultural e social, conforme se vê na Figura 3 (GEORGE, 2000).

Figura 3 – Teoria da diversidade e universalidade cultural



Fonte: Leopardi, 1999.

A teoria da diversidade e universalidade cultural é explicada com base no modelo *sunrise*, que mostra a inter-relação dos conceitos. Porém, a visão do mundo, a estrutura social e a descrição de grupos, famílias, comunidades e instituições são universais, apresentando-se em outras teorias. Nesse caso, o que a diferencia é a inclusão do termo cultural, pois essa foi a primeira teoria de enfermagem a dar destaque ao cuidado humano em uma perspectiva transcultural. Esse modelo rompe com a visão fragmentada à medida que proporciona um olhar holístico que, além de visão do mundo, estado biofísico, orientação religiosa, fatores políticos, econômicos e educacionais, inclui também os fenômenos culturais e as práticas de cuidado populares e profissionais (GEORGE, 2000).

## 4 MÉTODO

Esta seção descreve as etapas, os procedimentos realizados e o contexto no qual este estudo se desenvolveu, para que os objetivos propostos e os seus questionamentos pudessem ser alcançados, conforme as exigências do método científico em pesquisa. Para tanto, são apresentados o tipo de estudo proposto, a identificação dos participantes, o cenário em que ocorre o fenômeno investigado, além dos procedimentos e das técnicas utilizadas ao alcance das informações necessárias, de maneira que os resultados obtidos e a sua análise respondam ao propósito geral de uma tese de doutorado.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e analítico de abordagem qualitativa, utilizando como referencial teórico-metodológico a etnografia, cujo propósito é analisar a influência da cultura sobre a dimensão organizacional da gestão do cuidado na unidade pediátrica de um hospital universitário e a prática do enfermeiro na gestão do cuidado à criança com doença crônica.

O estudo etnográfico consiste em identificar, em qualquer sociedade ou cultura, como os nativos, indivíduos do universo investigado, percebem e definem um determinado domínio, com certo grau de especificidade a partir de um universo simbólico (VELHO, 2008). Este estudo utiliza os princípios da etnografia para desvelar a influência do contexto organizacional na gestão do cuidado em saúde e a prática do enfermeiro na atenção à saúde da criança com doença crônica, em uma unidade especializada de um hospital universitário numa capital do nordeste brasileiro.

Em razão disso, fez-se uso da Etnografia Institucional (EI), com o objetivo de analisar a influência da cultura organizacional na prática de gestão do cuidado, mapeando e avaliando de que forma o trabalho e a vida social se organizam. Nesse processo, os etnógrafos institucionais direcionam o seu olhar para compreender como o trabalho está socialmente organizado nos espaços institucionais, considerando o local onde os atores vivenciam suas experiências e outras que porventura estejam fora dos limites da experiência cotidiana (CAMPBELL; GREGOR, 2004).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO



O estudo desenvolveu-se em um hospital geral, no município de Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte, localizado no nordeste brasileiro. O referido hospital classifica-se como de médio porte, por possuir 243 leitos cadastrados na Secretaria Estadual de Saúde do Estado; é local de formação universitária e integra a Rede de Atenção à Saúde, compondo a atenção de média e alta complexidade, reconhecido por ser centro de referência no estado e possuir uma tradicional história de mais de 100 anos voltada para a assistência de pessoas adultas e idosas e para a formação de profissionais para o SUS.

O Estado do RN localiza-se na região nordeste do Brasil. Possui uma área de 52.796,79 km<sup>2</sup>, 167 municípios e uma população estimada de 3.168.027 habitantes. Dentre estes, destacam-se três municípios no Rio Grande do Norte que têm mais de 150 mil habitantes: Natal (capital, com 803.739 habitantes), Mossoró (259.815 habitantes) e Parnamirim (202.456 habitantes) (BRASIL, 2011).

A atenção de média complexidade caracteriza-se por constituir-se de ações e serviços que atendem os principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência, na prática clínica, demanda disponibilidade de profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e o tratamento. Já a alta complexidade envolve elevada densidade tecnológica e custo alto (BRASIL, 2013b).

Mais recentemente, após contrato nº 055/2013 firmado entre a UFRN e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), em 29 de agosto de 2013, o hospital passou a ser gerenciado pela EBSERH, empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, como parte de um conjunto de medidas adotadas pelo governo federal para reestruturar os hospitais universitários federais.

Optou-se por realizar o estudo na unidade pediátrica do HUOL, por ser referência para o estado no atendimento especializado à criança e ao adolescente e ter enfrentado grandes mudanças decorrentes de sua recente inserção no HUOL. Ressalta-se que essa unidade pediátrica foi anteriormente, durante 18 anos, um hospital independente denominado Hospital de Pediatria Professor Heriberto Ferreira Bezerra (HOSPED), sendo sua criação datada de 28 de abril de 1995, pela Resolução de nº 02/95, do Conselho Universitário (CONSUNI). Posteriormente, foi transformada em Unidade Especializada e incorporada ao HUOL em 24 de janeiro de 2014, quando se tornou efetivamente uma Unidade de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente (UASCA).

A UASCA constitui-se de uma unidade especializada e sua estrutura física compõe-se do setor de internação pediátrica, que ocupa o primeiro subsolo do HUOL e dispõe de 31 leitos distribuídos nas especialidades pediátricas: neurologia, hematologia, nefrologia,

cardiologia, reumatologia, neonatologia, infectologia, pneumologia e cirurgia. É, portanto, uma referência especializada para criança e adolescente de (0) zero a (16) dezesseis anos de idade de todo o estado do Rio Grande do Norte.

Além dessa unidade de internação pediátrica, conta-se também com a unidade de atendimento ambulatorial que envolve consultas nas especialidades pediátricas, cuja área física permanece, temporariamente, ocupando a mesma estrutura ambulatorial do antigo hospital. Recentemente, em data de 06 de fevereiro de 2017, inaugurou-se a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), constituída por cinco leitos, que é vinculada, administrativamente, à Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico do hospital.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

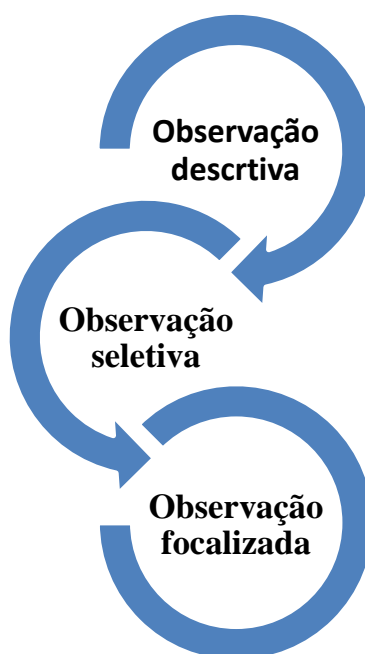
A população deste estudo constituiu-se dos profissionais de saúde da unidade de internação pediátrica e do hospital universitário, entre os quais, enfermeiros, assistente social, psicólogo, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta e médicos e profissional do Núcleo Interno de Regulação (NIR). Como critérios de inclusão estabeleceram-se: ser profissional de nível superior e desenvolver ações de gestão do cuidado às crianças e aos adolescentes internados com patologia crônica na unidade de internação pediátrica do HUOL durante o período da pesquisa. Não foram inclusos no estudo os profissionais em licença médica ou gestantes, ou afastados do serviço no período de coleta de dados.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

A pesquisa etnográfica institucional (EI) “busca explorar o mundo real em que as coisas acontecem, em que as pessoas vivem, trabalham, amam, riem e choram. Assim, utiliza-se diferentes abordagens com o objetivo de entender como se estrutura e se organiza o fenômeno em estudo” (CAMPBELL; GREGOR, 2004, p. 17). Com especificidade, este estudo utilizou como técnica de coleta de dados a observação participante associada à análise documental, ao diário de campo e à entrevista semiestruturada individual, junto aos profissionais. Todos eles, integrantes da instituição e lotados na UASCA vivenciam o mesmo cotidiano e estão submetidos às mesmas regras da organização no que tange à gestão do cuidado à criança em condição crônica de saúde. Como exceção, existe apenas o profissional do NIR, que é profissional do hospital e integra o setor de regulação para gestão de vagas e acesso dos usuários a todos os setores do hospital.

A observação participante, na condição de técnica nuclear deste estudo, possibilitou o contato direto da pesquisadora com o fenômeno observado a fim de conseguir informações acerca da realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. A observadora, também parte desse contexto, estabeleceu de forma gradativa (e sem pressa) uma relação face a face e o mais natural possível com os observados e, nesse processo, teve a oportunidade de modificar ou ser modificada por uma ou outra situação (CARAPINHEIRO, 1993). Com base em Streubert; Carpenter (2002), realizaram-se, nesse estudo, três tipos de observação, quais sejam: a descritiva, a seletiva e a focalizada, conforme pode ser visto na Figura 4, a seguir.

Figura 4 – Relação dos tipos de observação participante utilizadas na pesquisa



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A observação descritiva se dá no momento em que o investigador entra na situação social. Nessa circunstância, a pesquisadora buscou observar e identificar a organização da gestão do cuidado de uma forma geral, descrevendo a situação social, os artefatos da unidade, os profissionais que integram o serviço e os processos desenvolvidos.

Seguindo a observação descritiva, partiu-se para a observação focalizada, na medida em que se identificou a utilização da visita médica como dispositivo da gestão do cuidado, direcionando, assim, o olhar para esse processo. Na ocasião, realizou-se também a observação seletiva, visto que buscou identificar a participação dos profissionais nessa visita e a atuação específica do enfermeiro na gestão do cuidado (STREUBERT; CARPENTER, 2002).

A entrevista, o diário de campo e a análise documental, além de ser utilizados como instrumentos de coleta de dados, são considerados como complemento de recolha de informação (Figura 5). Essa opção decorreu devido ao pressuposto central desta pesquisa, visto que se pretendeu capturar a dimensão organizacional da gestão do cuidado da unidade pediátrica de um hospital universitário para analisar a influência do contexto cultural e compreender a inserção do enfermeiro nesse processo. Desse modo, as técnicas de coleta de informações foram utilizadas de forma articulada, pois, à medida que o investigador observava e descrevia, colhia artefatos, levantava questionamentos e convidava profissionais para a entrevista.

Figura 5 – Diagrama da relação entre as técnicas de coleta de dados da pesquisa



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS E/OU TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados teve início após submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-HUOL), obtendo parecer favorável sob o nº 2048.959 (Anexo B), conforme os princípios éticos e legais estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Após o resultado de parecer do CEP, a pesquisadora contatou a coordenadora da unidade pediátrica, portando os documentos necessários, a saber: o parecer do CEP (Anexo B), o protocolo do projeto contendo os objetivos e o plano da pesquisa, e comunicou sobre o acesso e o período necessário de permanência no setor para a realização dos procedimentos de coleta de dados. Logo que se encontrou de posse dessa permissão, iniciou a imersão na unidade de internação, onde permaneceu durante um período de quatro meses, de maio a agosto de 2017.

Ressalta-se que a pesquisadora foi integrante dessa equipe profissional e do setor de internação pediátrica, no período entre 1995 a 2008, quando aquela unidade ainda se constituía num hospital pediátrico independente. Entretanto, o fato de a observadora pesquisadora ter familiaridade com o local da pesquisa não significou ser uma inserção fácil, pois nem tudo que se vivencia no cotidiano é necessariamente conhecido; por outro lado, muitas vezes a familiaridade leva à naturalização do fenômeno e à não percepção explícita da maior parte daquilo que está ao nosso redor (VELHO, 1981).

Dessa forma, mesmo se considerando o local do estudo como um contexto social familiar, é preciso posicionar-se diante do fenômeno, a partir de um questionamento/problema, e tentar transformar o que lhe parece familiar em exótico a fim de clarificá-lo e torná-lo cientificamente pertinente, visto que a familiaridade sem problematização científica leva ao enviesamento da análise (DAMATTA, 1978).

Diante da complexidade e da diversidade que caracterizam o cenário de estudo, a investigadora iniciou seu trabalho de campo buscando familiarizar-se com outros aspectos do contexto, não percebidos nem captados anteriormente, com o intuito de problematizá-los para transformar aquilo que lhe pareceu familiar em exótico. Embora a pesquisa de campo e a observação participante não apresentem regras rígidas de como proceder, ressalta-se que, no decorrer do processo, estabelece-se um regime de trocas relativo à interação entre o tecido social local e o investigador, exigindo dele algum tipo de implicação. O rigor da pesquisa depende, então, da capacidade de o pesquisador dosar esse envolvimento no contexto da pesquisa e objetificar a análise das informações (SILVA; PINTO, 1997).

Por questões éticas, a pesquisadora adotou como procedimento de coleta apresentar-se às pessoas no local do estudo, na posição de estudante de pós-graduação, que está estudando aquela unidade social. A partir dessa abordagem inicial, passou a frequentar o ambiente e observar diariamente a dinâmica e a rotina existentes no serviço, com o propósito de realizar uma observação direta, continuada e sistemática sobre a estruturação da gestão do cuidado à criança pelos profissionais da equipe de saúde na unidade. Além disso, buscou

identificar a forma como as relações sociais são estabelecidas pelos atores envolvidos nesse processo, com o uso de um roteiro semiestruturado para nortear o foco de observação e um diário de campo para registrar as interações realizadas, bem como as situações vivenciadas acerca do objeto de estudo.

Nessa etapa inicial de observação, em paralelo às ações planejadas, adotaram-se algumas estratégias de interação entre o pesquisador e pesquisado, como, por exemplo, a sua participação informal em situações e conversas no ambiente observado, e que não eram do terreno da pesquisa como forma de inserção no tecido social local a fim de tornar mais natural sua relação com o ambiente e com as pessoas observadas. A informalidade é compreendida como um processo de ajustamento recíproco e permite que a presença do investigador e a sua interação com as pessoas não resultem em mais rigidez nos papéis do observador e do observado (SILVA; PINTO, 1997).

Essa etapa da observação ocorreu durante um período de quatro meses, de maio a agosto de 2017, numa frequência de três dias na semana, em distintos horários, matutino (07-13h), vespertino (13-19h) e noturno (19-22h), a fim de apreender, de forma mais ampla possível, as especificidades da gestão do cuidado na unidade pediátrica. Durante esse período de observação participante e coleta de informações, outras técnicas de coleta de informações foram utilizadas nessa oportunidade, entre algumas, buscou-se identificar os artefatos da unidade, tais como: existência de protocolos administrativos e clínicos, fluxos de acesso do paciente, prontuários e atas de reuniões, sendo todos eles consultados. Para essa análise documental, a investigadora utilizou um roteiro previamente elaborado no intuito de identificar objetivamente a estrutura de organização da unidade (Apêndice C).

Após um conhecimento mais detalhado do universo local investigado, os profissionais da equipe da unidade foram convidados a participar do estudo e aqueles que concordaram formalmente, mediante a assinatura do TCLE (Apêndice A), responderam à entrevista semiestruturada (Apêndice D), em local apropriado que garantisse a sua privacidade. As entrevistas foram gravadas em aparelho MP3, com a permissão por escrito dos participantes (Apêndice B). A técnica de coleta de dados da entrevista é complementar à observação direta e tem como objetivo conhecer o ponto de vista dos atores sociais sobre as suas próprias práticas, representações e como acham que a organização social, naquele cenário, é e deveria ser (SILVA; PINTO, 1997).

#### 4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram construídos instrumentos adequados ao objeto e a metodologia do estudo, conforme serão descritos nos tópicos a seguir.

#### **4.6.1 Roteiro de observação e análise documental**

A técnica de observação participante foi realizada por meio de um roteiro que serviu para guiar, ao mesmo tempo, os aspectos a ser observados e a análise documental (Apêndice C). A utilização desses instrumentos teve o objetivo de direcionar o olhar do investigador para o objeto de estudo, visto que, para utilizar a EI como eixo norteador de uma pesquisa qualitativa, é imprescindível desenvolver um roteiro de investigação que possibilite a apropriação, pelo pesquisador, do contexto no qual as ações acontecem, bem como que o ajude a desvelar a complexidade e a interdependência das situações (VÉRAS; MORAIS, 2014).

São considerados documentos institucionais regulamentos, normas, documentos oficiais, pareceres, cartas, memorandos, jornais, revistas, discursos e estatísticas, além da mídia digital que também se configura como um documento institucional. Ressalta-se que os textos escritos são importantes mecanismos para uniformizar e normatizar as ações nas organizações. Essa normatização é uma característica do modelo burocrático das organizações sociais, no qual as pessoas e suas atividades são construídas em conformidade com as regras institucionais (VÉRAS; MORAIS, 2014).

Neste estudo, analisaram-se documentos institucionais disponíveis na unidade pediátrica, tais como: fluxogramas, protocolo operacional padrão, organograma, documentos eletrônicos, memorandos e mídia digital. Ademais, por meio do Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU), foi possível mapear os diagnósticos mais frequentes das crianças que estiveram internadas nos meses de novembro de 2016 a maio de 2017, e o tempo de hospitalização, além de conhecer os instrumentos utilizados pelo enfermeiro para a realização do processo de enfermagem.

#### **4.6.2 Diário de campo**

No diário de campo, são descritos todos os eventos observados e vivenciados pelo pesquisador, além dos materiais para analisar as práticas, os discursos, as posições dos entrevistados e as relações estabelecidas entre eles (WEBER, 2009). No presente estudo, após

cada observação de campo realizada, fazia-se o registro manuscrito de imediato em um caderno, seguido de sua digitalização. Todas essas técnicas tinham o intuito de obter-se uma descrição mais detalhada possível sobre a gestão do cuidado da unidade pediátrica quanto à organização dos processos de trabalho da equipe e à participação do enfermeiro nesse contexto.

O diário de campo foi subdividido em seções, e cada observação constituiu-se de uma seção, perfazendo um total de quarenta e quatro (44) seções descritas, num período de quatro meses de permanência em campo. Após a digitalização dessas seções, elas foram migradas para o software *atlas.ti* por meio da criação de documentos primários (Primarys documents), conforme Figura 6, a seguir.

Figura 6 – Representa trecho da seção 2 do diário de campo inserido no atlas.ti

SEÇÃO 02 DE OBSERVAÇÃO

DATA: 11/05/17 TEMPO DECORRIDO: 7:40h às 11:50h

Horário: matutino

No segundo dia de observação, ao chegar na unidade de internação pediátrica aproximadamente às 07:40 horas encontrei a equipe em atividade, constituída por cinco (05) residentes médicos, um (01) médico-plantonista, três (03) enfermeiros, três (03) residentes de enfermagem e sete (07) técnicos de enfermagem. Embora o setor tenha uma assistente social e residente dessa profissão disponível, esses ficam na sala do serviço social que se localiza na entrada do hospital. Mas observei que esses profissionais vão frequentemente, ao setor e também dão suporte à Unidade de Terapia Intensiva (UTIP). A unidade, no momento, encontra-se com vinte e seis (26) crianças internadas, dos quais três (13) são diagnosticadas com condição ou doença crônica. Embora contemple trinta e um (31) leitos disponíveis, em razão de algumas crianças necessitarem de isolamento, o setor comporta no momento apenas vinte e seis (26) crianças. Dessa forma, a unidade encontra-se com sua capacidade máxima preenchida. Identifiquei a saída de duas crianças de alta hospitalar no dia anterior que estavam com um período de internação em torno de dois meses (2), uma delas teve um recente diagnóstico de linfoma histiocitário, e história anterior de internação hospitalar por quatro meses devido a sua condição clínica que o impedia de submeter-se a exames mais invasivos, por isso somente no último internamento foi possível ter o seu diagnóstico fechado. A visita da enfermaria, nesse dia, contou com a participação da equipe médica, Fisioterapia e Farmácia. Participaram também residentes médicos e multiprofissionais da área de enfermagem, farmácia e fisioterapia. Da mesma forma do dia anterior, observei que as residentes de enfermagem não conseguem permanecer integralmente durante a visita, se ausentando em várias situações. A dinâmica da visita pautou-se nas apresentações da história clínica de cada paciente por graduandos ou residentes médicos e durante o processo, discutiu-se toda a situação que envolvia o paciente desde o diagnóstico, resultados de exames, condutas terapêuticas, alta hospitalar e outras questões relativas à situação da família. Foi discutido também outros encaminhamentos necessários para a gestão do cuidado à criança que envolviam questões pertinentes a toda equipe. Nessa visita tratou-se da alta hospitalar de uma criança, cuja preocupação esteve relacionada a continuidade do cuidado em casa. Quando alguém questionou sobre como dar continuidade ao cuidado após a alta hospitalar, lembraram mais uma vez do serviço social para realizar a articulação com Atenção Básica em

Fonte: Pesquisa de campo, 2018

#### 4.6.3 Roteiro de entrevista

A entrevista constitui a técnica de pesquisa qualitativa mais utilizada nos estabelecimentos de atenção à saúde. São vários os tipos de entrevistas, entre os principais estão: estruturada, semiestruturada e em profundidade. No presente estudo, optou-se pela



entrevista semiestruturada que se caracteriza por apresentar estrutura flexível, constituída por questões abertas referentes ao fenômeno a ser abordado (POPE; MAY, 2009).

Nesse enfoque, o informante participa da elaboração do conteúdo da pesquisa à medida que expõe livremente o seu pensamento e suas experiências a partir do foco principal do estudo, definido pelo investigador. As perguntas que integram a entrevista semiestruturada são provenientes da teoria que fundamenta a pesquisa e de toda informação colhida pelo investigador acerca do fenômeno social que o interessa (TRIVIÑOS, 2009).

O objetivo da entrevista é revelar a identidade dos participantes do estudo e os significados por eles atribuídos ao objeto de estudo, que são fundamentais para que o pesquisador alcance os objetivos propostos. A fala é um dispositivo que permite a compreensão da forma como as pessoas veem o mundo em que vivem. Assim, o papel do entrevistador durante a aplicação da técnica é o de facilitar a reflexão sobre aquela circunstância e, para tal, deve-se optar por perguntas abertas que possibilitem uma reflexão mais ampla sobre determinado objeto ou atividade (VÉRAS; MORAIS, 2014).

Dessa forma, foi elaborado, para o presente estudo, um roteiro de entrevista semiestruturado com base nos objetivos da pesquisa (Apêndice D), constituído por 2 blocos: o primeiro diz respeito à identificação do pesquisado; e o segundo contém questões abertas norteadoras da entrevista, voltadas para os profissionais da equipe de saúde da UASCA, citados anteriormente. A entrevista abordou a forma de organização dos processos de trabalho e a cultura hospitalar para a gestão do cuidado à criança com condição crônica, cujo início se deu no segundo mês de observação participante, entre junho a agosto de 2017. Durante o primeiro mês de vivência de campo, foi possível identificar as pessoas envolvidas no processo social de interesse do estudo para se buscar os informantes adequados a partir do reconhecimento de condições mínimas, tais como: tempo de envolvimento com o fenômeno do estudo, conhecimento amplo e detalhado sobre o foco de análise e disponibilidade de tempo para a entrevista (TRIVIÑOS, 2009).

Assim, os profissionais convidados, que aceitaram participar, responderam à entrevista previamente marcada de acordo com a disponibilidade de horário e data do entrevistado, em ambiente livre de ruídos, climatizado, reservado para essa finalidade, junto à recepção do núcleo administrativo da unidade de internação pediátrica. As entrevistas foram precedidas da assinatura do TCLE (Apêndice A) e da autorização de gravação de voz (Apêndice B), seguidas pelo preenchimento dos dados pessoais do participante e das questões norteadoras. Essas ações tiveram uma duração que variou entre 16 a 57 minutos e foram gravadas na íntegra por meio de aparelho MP3.

#### 4.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O método de análise escolhido foi a análise de conteúdo, que, segundo Bardin (2011, p. 48), consiste em

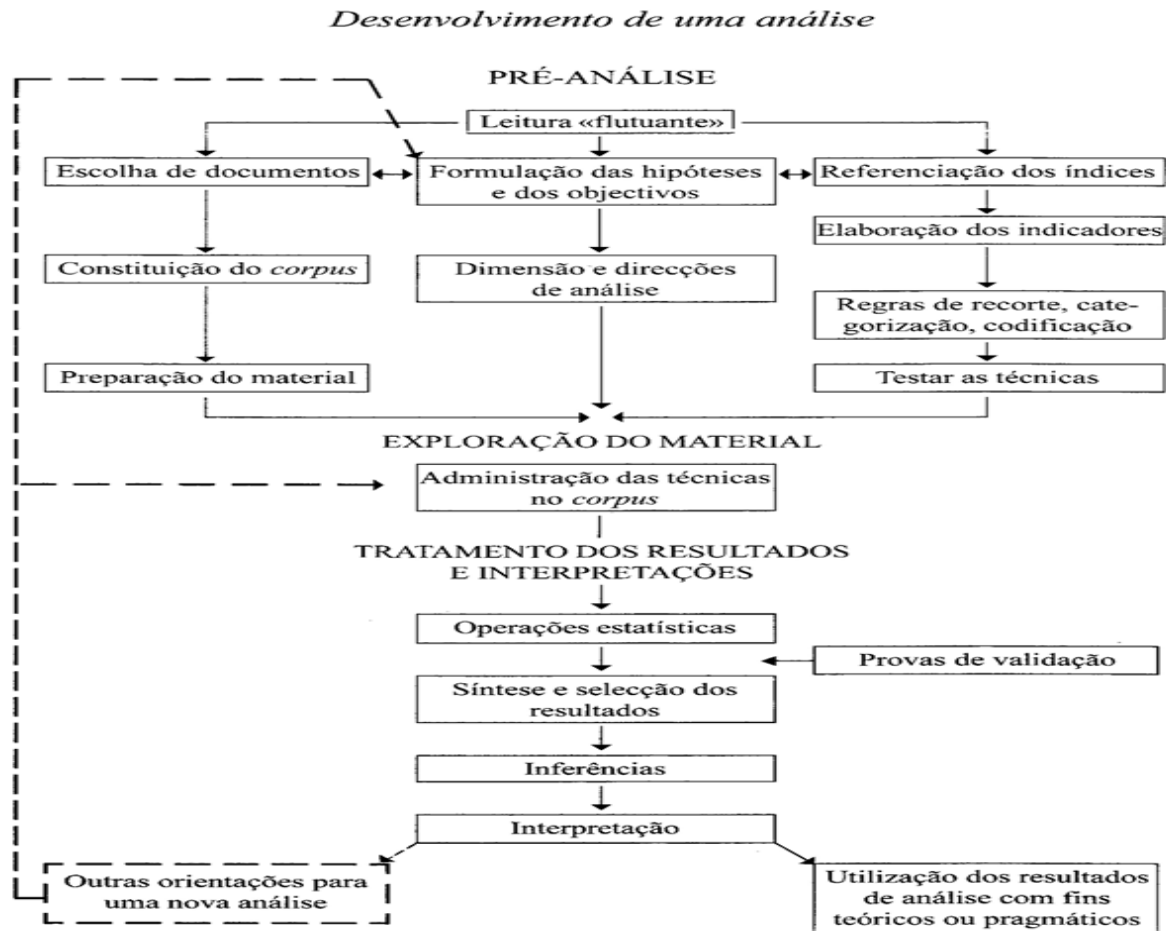
[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

A intenção é, a partir de um conjunto de técnicas parciais e complementares, “efetuar deduções lógicas e justificadas sobre a origem das mensagens tomadas em consideração” (BARDIN, 2011, p. 48). Desse modo, ela busca estabelecer uma articulação entre o texto (descrito e analisado) e os fatores que determinam suas características. Para tanto, faz-se necessária a seleção de documentos submetidos a uma primeira leitura flutuante. Com isso, pode-se propiciar o surgimento das intuições que possibilitem formular inferências ou deduções lógicas, que, por sua vez, admitem uma proposição que venha a permitir a interpretação de mensagens, a constituição do corpus e a organização do material (BARDIN, 2011)

A análise de dados em pesquisa qualitativa inicia-se desde o processo de coleta das informações e se caracteriza por apresentar uma considerável complexidade, em razão, especialmente, das dificuldades quanto ao manejo e à organização da grande quantidade de informações geradas. Assim, na busca de um máximo rigor analítico, utilizaram-se, neste estudo, associados à técnica de análise de conteúdo os recursos do *Software atlas.ti versão 8.0*, com o intuito de auxiliar o processo de análise na fase de organização, codificação e categorização das informações resultantes das entrevistas, que foram gravadas e transcritas na íntegra do áudio em MP<sub>3</sub> para o Word garantindo a sua fidedignidade.

Dessa forma, com interface e instrumentalização do *Scientific Software atlas.ti*, o processo analítico deste estudo seguiu os passos da análise de conteúdo, partindo da perspectiva de Bardin (2011), que consiste em três etapas, quais sejam: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, conforme pode ser visto na Figura 7 a seguir.

Figura 7 – Etapas do desenvolvimento da análise de conteúdo



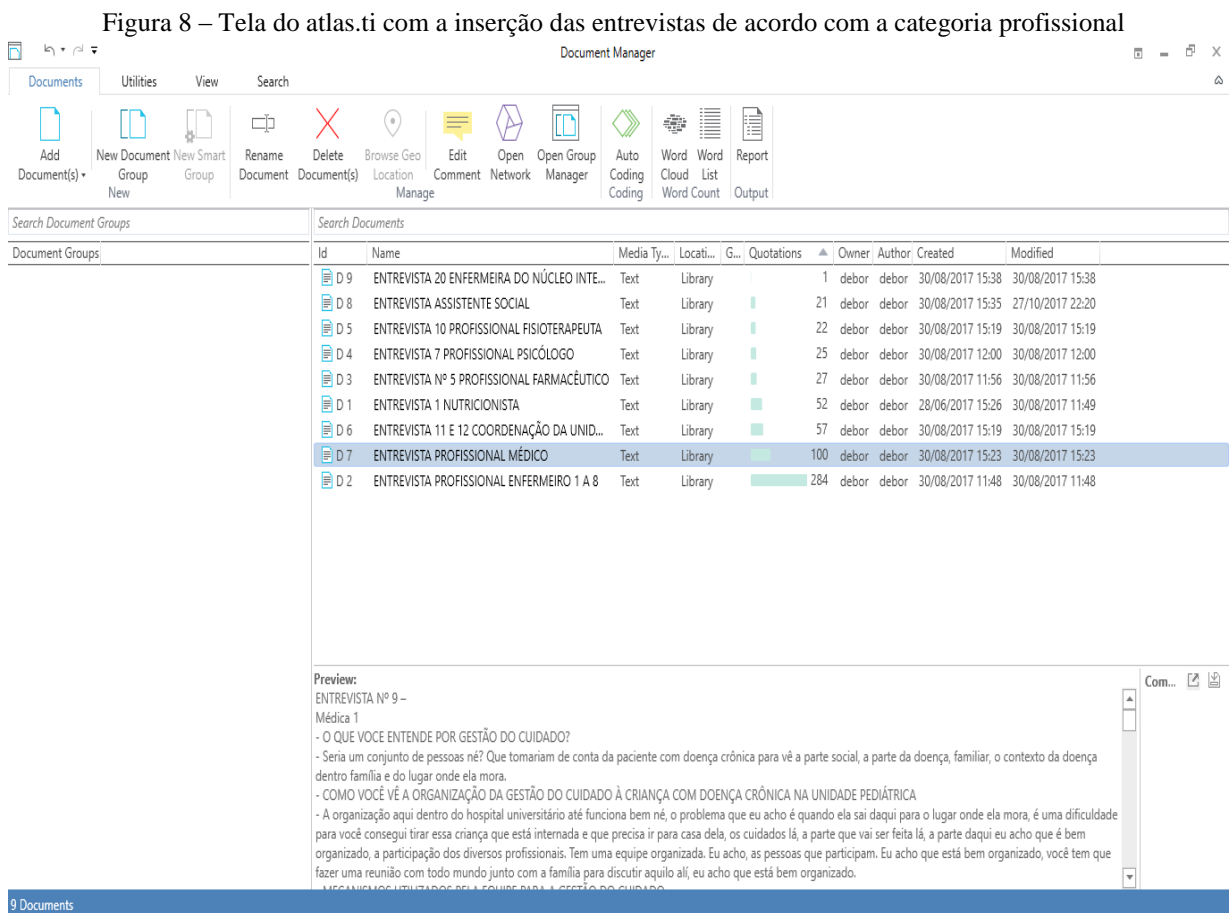
Fonte: Bardin, 2011

A pré-análise é a fase inicial que consiste na construção do corpus da pesquisa, mediante a seleção dos documentos a ser analisados. Assim, nessa primeira etapa, a partir de uma leitura flutuante, é possível realizar a escolha de documentos para delimitação da análise, considerando as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência aos objetivos do estudo. Nesta pesquisa, os documentos selecionados foram entrevistas gravadas, transcritas e digitadas na íntegra no aplicativo Microsoft Word, bem como todas as observações e a análise de documentos, registradas antes em manuscrito no diário de campo. À medida que se organizaram esses registros e materiais, formulavam-se e reformulavam-se os pressupostos e os objetivos do estudo (BARDIN, 2011).

A fase seguinte é a exploração do material, que representa a técnica de codificação do corpus por meio de procedimento de recorte, com vista a identificar unidades de registro (significação) e de contexto (compreensão), para, em seguida, reagrupá-las a partir das similaridades e as classificar em categorias (BARDIN, 2011). Nessa etapa, as informações,

coletadas a partir das entrevistas e dos diários de campo e já transcritas, foram inseridas e organizadas por meio da utilização do *Scientific Software atlas.ti versão 8.0*, sob a licença nº 8572B-1980A-7C494-MWOW1-00AYP.

Os resultados das entrevistas foram separados por categoria profissional, como, por exemplo, médicos, enfermeiros, nutricionista, psicólogo, farmacêutico e fisioterapeuta. Assim, o conjunto de entrevistas e diários de campo inseridos no atlas.ti constituiu um único *New Project* que contém os dados da pesquisa, cujo tema é *Cultura hospitalar e gestão do cuidado integral à criança com doença crônica: o enfermeiro nesse contexto*. Uma demonstração dessa etapa pode ser visualizada na Figura 8.



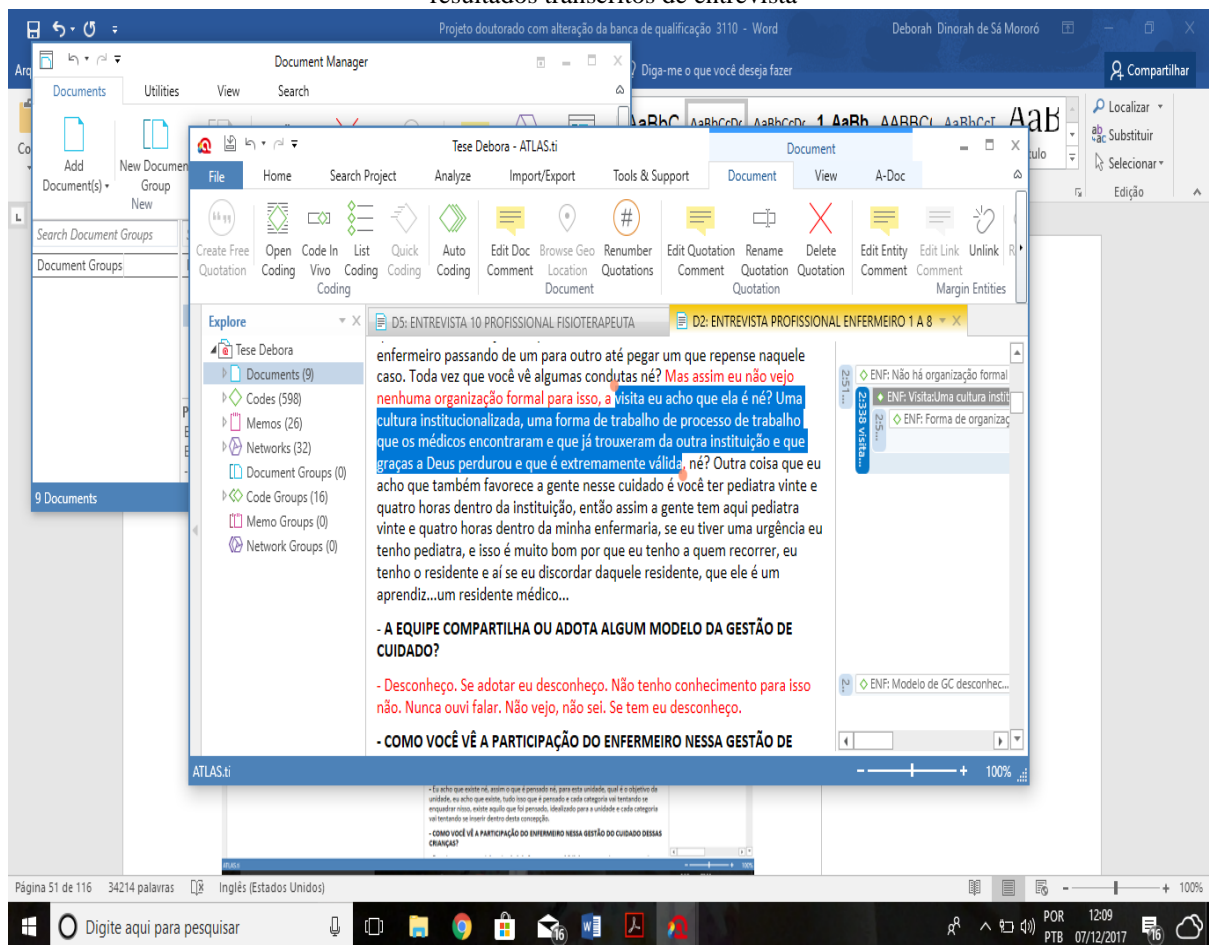
Fonte: *atlas.ti*, 2018

Enfatiza-se que o material obtido por meio de observações e de análise de documentos da unidade foi relacionado aos identificados nas entrevistas. Optou-se, assim, pela triangulação de dados como estratégia que possibilita ampliar e aprofundar a investigação, além de permitir realizar descrição, explicação e compreensão mais rigorosa sobre o fenômeno. Acredita-se que utilizando a combinação de diferentes estratégias é

possível reafirmar os dados e ultrapassar as limitações de uma única técnica (STREUBERT; CARPENTER, 2002; TRIVIÑOS, 2009).

Em seguida, realizou-se a formação dos *codes*, cuja operação deu-se pela codificação aberta, um processo analítico no qual ocorre decomposição dos dados, com rigoroso exame de suas partes, comparação entre si em busca de similaridades e diferenças a fim de reagrupar os dados em conceitos mais abstratos representados pelas categorias (BARDIN, 2011). Esse processo foi realizado a partir de uma leitura cuidadosa do material empírico, do qual foram selecionados pequenos trechos que detinham relação com os objetivos do estudo, sendo atribuído um termo ou um conjunto de palavras que os representavam. Assim, procedeu-se à seleção de determinados trechos das respostas às questões abertas contidas nas entrevistas que constituíram os “*quotations*”, relacionado-os a um determinado código (*code*) formado pelas unidades de registro e de contexto, que são passíveis de análise. A apresentação dessa atividade pode ser vista na Figura 9.

Figura 9 – Identificação de trecho selecionado e códigos criados em tela do atlas.ti à direita, de acordo com resultados transcritos de entrevista



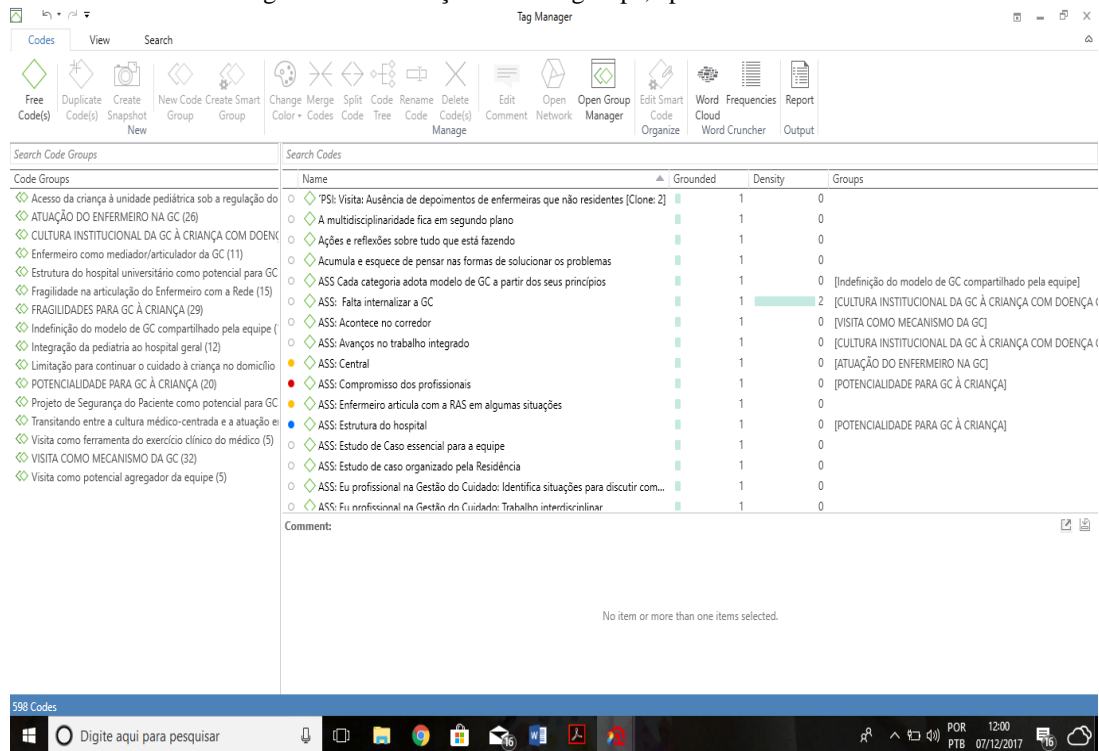
Fonte: Elaborada pela pesquisadora com o auxílio do atlas.ti, 2018

Após a codificação do material, realizou-se uma leitura minuciosa com o propósito de apreender os elementos que constituem os objetivos do estudo e proceder à categorização. A categorização ou a escolha de categorias “é a operação de classificação dos elementos constituintes de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento daqueles que apresentam características comuns” (BARDIN, 2011, 147). Nesse processo, adotam-se critérios previamente definidos que podem ser semânticos, sintáticos, léxicos e expressivos. Dessa forma, a definição de boas categorias deve apresentar homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade (BARDIN, 2011).

De acordo com os pressupostos de uma interpretação das mensagens e dos enunciados, a aplicabilidade da análise de conteúdo deve ter como ponto de partida uma unidade organizadora. Para este estudo, foi considerada como unidade temática central: a influência da cultura hospitalar na organização da gestão do cuidado à criança com doença crônica no âmbito de um hospital geral.

Outras categorias surgiram a partir da frequente recorrência entre as falas. Para tanto, os códigos anteriormente identificados foram reagrupados, de acordo com as similaridades semânticas, constituindo os códigos de grupos ou “*code groups*” evidenciando, assim, as categorias do estudo com o propósito de se alcançar a representação do conteúdo. Na Figura 10, a seguir, é possível visualizar a criação dos *code groups* no *atlas.ti*.

Figura 10 – Definição de code groups, apresentados em tela do atlas.ti



Fonte: Elaborada pela pesquisadora com o auxílio do *atlas.ti*, 2018

Nessa perspectiva, após várias aproximações com os objetivos do estudo, com as questões de pesquisas e com o referencial teórico-metodológico, obteve-se a construção das categorias analíticas, a saber: cultura organizacional da gestão do cuidado no âmbito da pediatria no contexto de um hospital geral; visita como mecanismo para gestão do cuidado; atuação do enfermeiro na gestão do cuidado à criança com doença crônica, potencialidade para gestão do cuidado e fragilidade para gestão do cuidado.

A definição dos *code groups* de acordo com a frequência em que apareciam na fala dos participantes está disposta na Figura 11, o que resultou em categorias e subcategorias (Quadro 1), que, por sua vez, foram elaboradas com o auxílio do atlas.ti. Ademais, após a condensação dos dados codificados e a definição das categorias para análise, procedeu-se ao tratamento dos resultados, o que resultou em interpretações inferenciais das informações, constituindo-se num momento de análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

Figura 11 – Definição de code groups de acordo com a frequência de recorrência nas falas dos participantes na tela do atlas.ti

Code Groups
◇ Acesso da criança à unidade pediátrica sob a regulação do pediatra de plantão (8)
◇ <b>ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA GC (21)</b>
◇ <b>CULTURA INSTITUCIONAL DA GC NO ÂMBITO DA PEDIATRIA NO CONTEXTO DO HOSPITAL GERAL (19)</b>
◇ Enfermeiro como mediador/articulador da GC (11)
◇ Estrutura do hospital universitário como potencial para GC (9)
◇ Fragilidade na articulação do Enfermeiro com a Rede (15)
◇ <b>FRAGILIDADES PARA GC A CRIANÇA (27)</b>
◇ Indefinição do modelo de GC compartilhado pela equipe (16)
◇ Integração da pediatria ao hospital geral (12)
◇ Limitação para continuar o cuidado à criança no domicílio (17)
◇ <b>POTENCIALIDADE PARA GC A CRIANÇA (20)</b>
◇ Projeto de Segurança do Paciente como potencial para GC (5)
◇ Transitando entre a cultura médico-centrada e a atuação em equipe (23)
◇ Visita como ferramenta do exercício clínico do médico (5)
◇ <b>VISITA COMO MECANISMO DA GC (29)</b>
◇ Visita como potencial agregador da equipe (5)

Fonte: Elaborada pela pesquisadora com o auxílio do *atlas.ti*, 2018.

Quadro 1 – Categorias e subcategorias definidas com o auxílio do atlas.ti

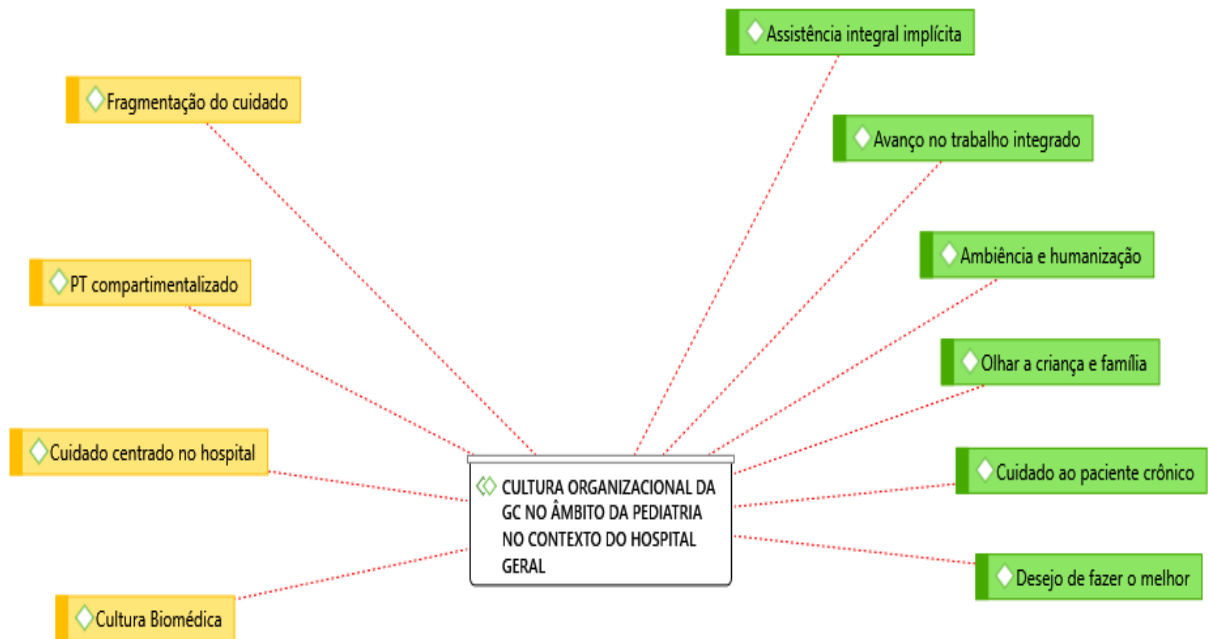
<b>Tema central: a influência da cultura hospitalar na organização da gestão do cuidado à criança com doença crônica no âmbito de um hospital geral</b>	
Cultura organizacional de gestão do cuidado de uma unidade pediátrica, no contexto de um hospital geral	A inserção da unidade especializada de pediatria ao hospital geral  Transição entre a cultura médico-centrada e a atuação em equipe multiprofissional
A visita como um mecanismo de GC	A visita como ferramenta do exercício clínico do médico A visita como potencial agregador da equipe
Atuação do enfermeiro na GC à criança com doença crônica	Enfermeiro como mediador/articulador da gestão do cuidado Processo de enfermagem como ferramenta para gestão do cuidado Fragilidade na articulação do enfermeiro com a Rede de Atenção à Saúde
Potencialidades para GC à criança com doença crônica	Estrutura do hospital universitário Projeto de Segurança do Paciente como potencial para GC
Fragilidades na gestão do cuidado à criança	Indefinição do modelo de GC compartilhado pela equipe Limitação para continuar o cuidado à criança no domicílio

Fonte: Autoria própria, 2018



Com base no disposto no Quadro 1, as categorias estão representadas por *networks* produzidos no *atlas.ti* (Figuras 12 a 16) que são esquemas gráficos no formato de rede e possibilitam a visualização dos resultados da pesquisa (FORTE et al., 2017).

Figura 12 – Categoria: cultura organizacional da gestão do cuidado de uma unidade pediátrica, no contexto de um hospital geral, identificada com o auxílio do *atlas.ti*



Fonte: Produzida pela pesquisadora com o auxílio do *atlas.ti*, 2018

Figura 13 – Categoria: A visita como mecanismo de gestão do cuidado, identificada com o auxílio do *atlas.ti*



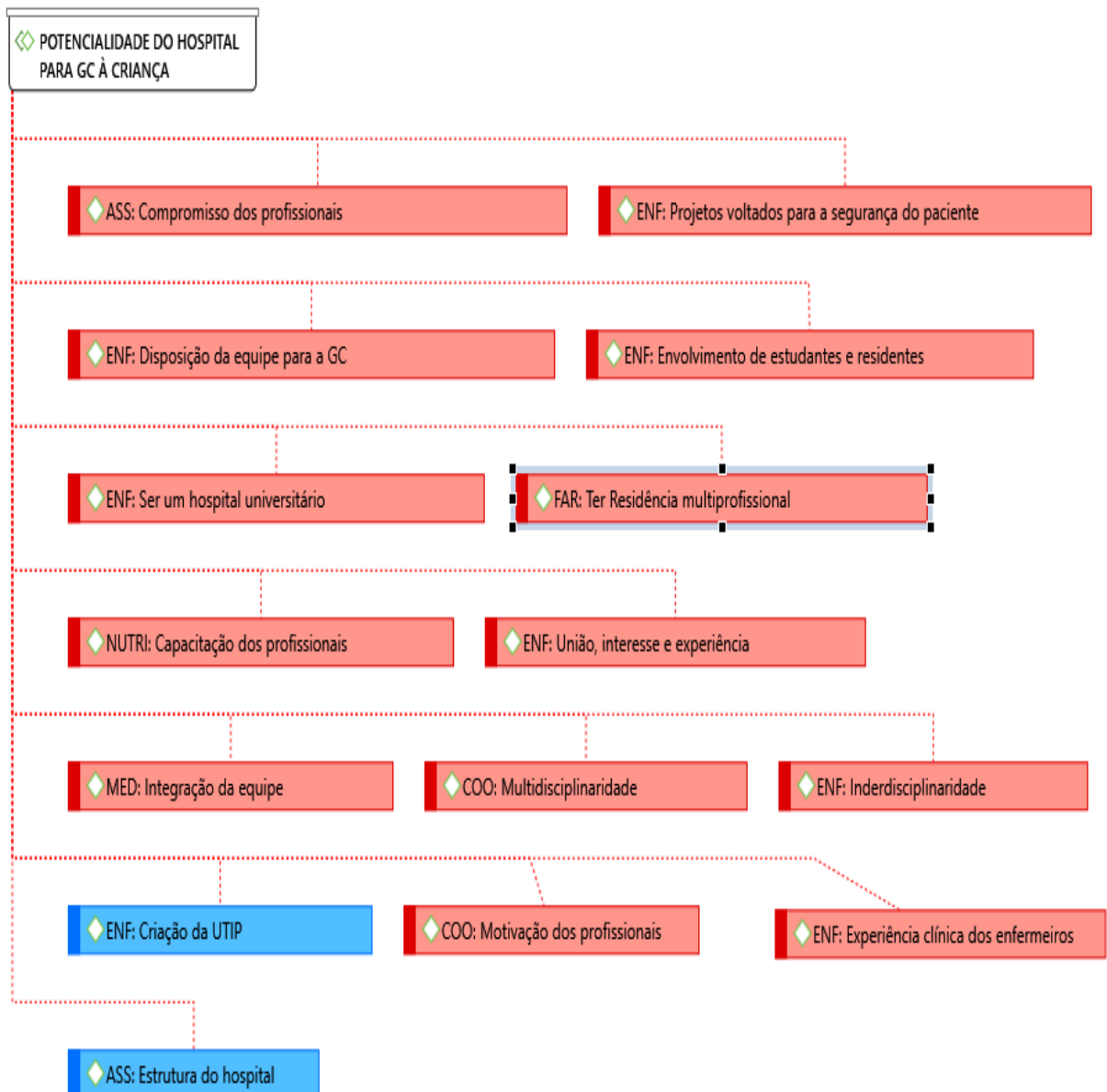
Fonte: Produzida pela pesquisadora com o auxílio do *atlas.ti*, 2018

Figura 14 – Categoria: Atuação do enfermeiro na gestão do cuidado à criança com doença crônica, identificada com o auxílio do *atlas.ti*



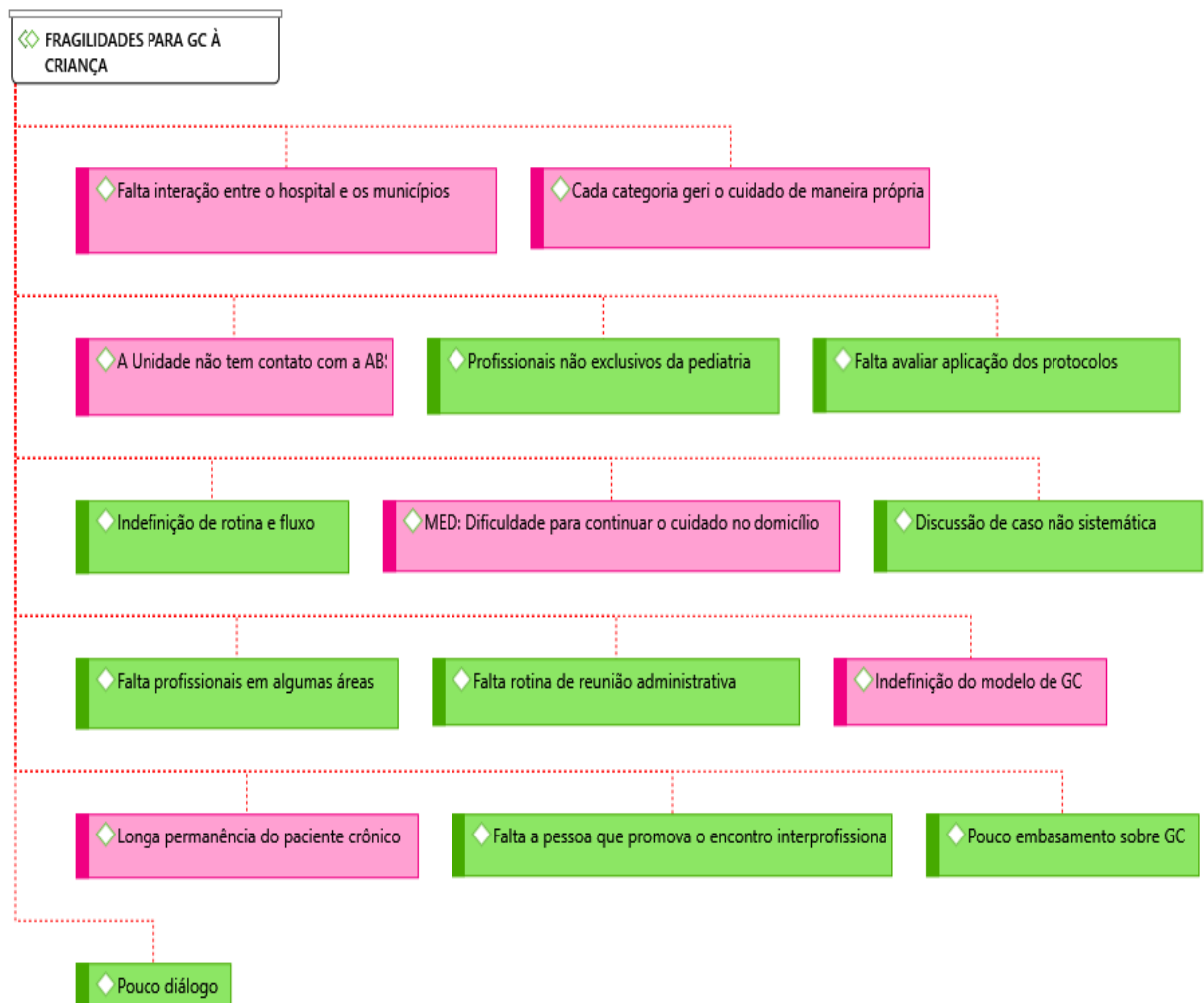
Fonte: Produzido pela pesquisadora com o auxílio do *atlas.ti*, 2018

Figura 15 – Categoria: Potencialidade para gestão do cuidado à criança, identificada com o auxílio do *atlas.ti*



Fonte: Produzido pela pesquisadora com o auxílio do *atlas.ti*, 2018

Figura 16 – Categoria: fragilidade para gestão do cuidado à criança, identificada com o auxílio do *atlas.ti*



Fonte: Produzido pela pesquisadora, com o auxílio do *atlas.ti*, 2018

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A Pesquisa obedeceu aos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto, o Projeto foi inicialmente cadastrado na Plataforma Brasil e apresentado à Gerência de Ensino e Pesquisa do HUOL (GEP-HUOL). Após a autorização e a anuência do referido hospital (Anexo A), foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUOL (CEP), obtendo parecer favorável sob o nº 2048.959 (Anexo B).

Ressalta-se que a coleta de dados somente foi iniciada após a autorização do CEP. O anonimato dos sujeitos em pesquisa foi garantido por meio do uso de pseudônimos e o pesquisador se responsabilizou por eventuais danos que a pesquisa pudesse causar, desde que fossem comprovados legalmente. Os questionários de coleta de dados, depois de preenchidos e analisados, estão arquivados na base de pesquisa à qual a pesquisadora é vinculada por um período de cinco anos.

Quanto aos riscos decorrentes desta pesquisa, estes estiveram associados às características inerentes à coleta de dados, à observação participante e à entrevista, que podem gerar nos sujeitos da pesquisa inibições e/ou que fiquem receosos por estar sendo observados ou respondendo a questões que indiretamente estavam relacionadas à qualidade do serviço no qual estão inseridos. Esses problemas foram minimizados pela entrevistadora por meio de uma relação empática e de esclarecimentos acerca dos métodos de coleta, bem como do caráter sigiloso dos dados. A fim de minimizar possíveis riscos relativos ao sigilo, foram utilizados as duas primeiras letras da profissão e o número da entrevista para identificar o participante, no intuito de preservar a identidade dos envolvidos.

Em relação à análise documental, os riscos estavam associados a possíveis extravios ou rasuras. Para minimizá-los, a pesquisadora manuseou os documentos no próprio setor de trabalho, sem retirá-los do seu local original. Como benefício, está a possibilidade de contribuir para o desvelamento de possíveis fatores que influenciam a organização da gestão do cuidado integral à criança com patologia crônica e propiciar a melhoria da qualidade assistencial.

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo, num total de 20, foram dez (10) enfermeiras, cinco (5) médicas, uma (1) nutricionista, uma (1) psicóloga, uma (1) assistente social, uma (1) fisioterapeuta e uma (1) farmacêutica, todas do sexo feminino, com idades que variaram entre 27 a 57 anos. Destas, uma (1) possui doutorado, seis (6) cursaram o mestrado e treze têm curso de especialização. Observa-se uma crescente qualificação dessas profissionais e a importância desse fator, por se tratar de um hospital de ensino, sendo elas envolvidas com a formação de outros profissionais. Em relação ao vínculo institucional, quinze (15) delas integram o quadro de profissionais da Universidade sob o Regime Jurídico Único (RJU) e outras cinco (5) estão vinculadas à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), cujos contratos de trabalho são regidos pela Consolidação de Leis Trabalhistas (CLT).

Do total de dez (10) enfermeiras, nove (09) assumem, simultaneamente, atividades assistenciais e de preceptoria, que consiste no acompanhamento direto de graduandos ou pós-graduandos, no caso enfermeiros residentes e uma (01) integra o Núcleo de Regulação do Hospital. Das cinco médicas, todas são pediatras, sendo duas (02) gastroenterologistas, uma (01) nefrologista e uma (01) anesthesiologista. Três (03) delas exercem, a assistência e preceptoria no setor de internação pediátrica e ambulatório; uma (01) é docente da UFRN e desenvolve atividades assistenciais e de preceptoria na unidade ambulatorial e uma (01) atua na coordenação médica da unidade de internação pediátrica e realiza atividades assistenciais e de preceptoria.

A psicóloga desenvolve suas atividades assistenciais e de preceptoria na unidade pediátrica de segunda a sexta-feira. Porém, em dois finais de semana do mês, exerce a preceptoria dos residentes de psicologia, não apenas da atenção à saúde da criança, mas também da área de Terapia Intensiva Adulto e Cardiologia.

A nutricionista é tutora dos residentes de nutrição da área de saúde da criança, que envolve atividades de coordenação e organização das atividades teórica, prática e teórico-prática. Atua também na assistência à criança e ao adulto, assumindo, além da enfermaria e da UTI pediátrica, outros andares do hospital. De forma semelhante, a fisioterapeuta assume a preceptoria dos residentes de fisioterapia e atua tanto na enfermaria pediátrica quanto na enfermaria de adulto.

A assistente social e a farmacêutica atuam na tutoria de suas áreas específicas e desenvolvem suas atividades assistenciais na enfermaria pediátrica. Atualmente, o setor pediátrico conta com duas assistentes sociais, uma no horário matutino e outra no horário vespertino. Entre os participantes, observaram-se, em sua maioria, profissionais vinculados à UFRN, que vieram da antiga pediatria e apenas cinco profissionais que ingressaram mais recentemente no quadro de pessoal do hospital pela EBSEH.

A carga horária de trabalho semanal variou entre 30, 36, 40 e 20 horas, em razão das diferenças de vínculos e ao fato de algumas categorias profissionais, como o serviço social e a fisioterapia, terem garantidas por Lei Federal a jornada de trabalho de 30 horas sem redução de salário. Além disso, os profissionais e integrantes do quadro da UFRN, exceto médicos, têm permitida a flexibilização de 40 para 30 horas semanais por meio da Portaria nº 776/2016-R, de 28 de abril de 2016, homologada pela Reitora. Somente os médicos não se incluem nessa portaria por possuírem dois distintos contratos de trabalho de 20 horas semanais.

O tempo de formação profissional variou entre 7 a 32 anos. Por essa razão, observam-se profissionais com formação mais recente e outros oriundos de uma formação mais antiga. Esse fato se repete em relação ao tempo de trabalho na Instituição, variando entre 7 meses a 29 anos, devido a uma alta rotatividade no quadro profissional no momento atual. A admissão dos mais recentes foi resultante da seleção por concurso público, realizada pela EBSEH; e os mais antigos são oriundos do antigo hospital de pediatria. Esses dados podem ser visualizados no Quadro 2, a seguir.



Quadro 2 – Profissionais de saúde da Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (UASCA), entrevistados de acordo com suas características pessoais e profissionais. Natal, RN, julho de 2017.

CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS				
PROFISSIONAL	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	FUNÇÕES QUE EXERCEM	VÍNCULO	CHS
Enfermeiras	Mestre (4) Especialista (6)	Assistência +*Preceptoria (09) Núcleo de Regulação Hospitalar (01)	RJU (8) CLT (2)	30h (8) 36h (2)
Pediatras	Doutor (1) Nefrologista (1) Gastroenterologista(2) Anestesiologista(1)	Docência + Assistência +*Preceptoria (01) Assistência +*Preceptoria (03) Assistência + *Preceptoria + Coord. Médica (01)	RJU (5)	20h
Farmacêutica	Mestre	Assistência + **Tutoria	RJU	30h
Nutricionista	Mestre	Assistência em área de criança e adulto +**Tutoria	RJU	30h
Psicóloga	Especialista	Assistência + *Preceptoria dos residentes da saúde da criança, terapia intensiva e cardiologia	CLT	40h
Fisioterapeuta	Especialista	Assistência em área de criança e adulto +*Preceptoria	CLT	30h
Assistente Social	Especialista	Assistência + *Preceptoria	CLT	30h
TOTAIS	20			

Observação:

\*Refere-se à supervisão direta de graduandos e residentes da UASCA/UFRN.

\*\* Compreende ações de coordenação e organização de atividades teóricas, práticas e teórico-práticas do núcleo específico da profissão.

Fonte: Autoria própria

## 5.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS

As categorias e subcategorias originárias dos resultados das entrevistas tiveram como ponto de partida, um tema analítico, foco central deste estudo definido como: “Influência da cultura hospitalar na organização da Gestão do Cuidado à Criança com Doença Crônica no âmbito da unidade pediátrica de um hospital geral universitário”. A partir da frequência das falas das participantes entrevistadas emergiram as seguintes categorias e respectivas subcategorias: cultura organizacional da gestão do cuidado de uma unidade pediátrica no contexto de um hospital geral; a visita como mecanismo de gestão do cuidado; atuação do enfermeiro na gestão do cuidado à criança; potencialidades para a gestão do cuidado à criança; e fragilidades na gestão do cuidado.

### **5.2.1 Cultura organizacional da gestão do cuidado de uma unidade pediátrica no contexto de um hospital geral**

A categoria “Cultura organizacional de gestão do cuidado de uma unidade pediátrica no contexto de um hospital geral” aborda elementos e características significantes sobre a cultura de gestão do cuidado para seu exercício na unidade de pediatria do hospital universitário com vista à oferta do cuidado integral, sendo esse o foco de análise do presente estudo. Com o intuito de contribuir para um melhor entendimento do fenômeno estudado, a princípio, faz-se uma síntese breve sobre a trajetória histórica dessa unidade.

#### *5.2.1.1 A inserção da unidade especializada de pediatria no hospital geral*

A subcategoria “a inserção da unidade especializada de pediatria no hospital geral” explicita as mudanças geradas pela integração da pediatria ao hospital geral, identificadas por meio da observação participante, da análise documental e da entrevista e remete à necessidade de descrever sobre esse processo de mudança institucional recente. Assim, de início, a partir da inserção da pesquisadora e da observação no campo de realização desta investigação, são descritos o processo de integração e o espaço ocupado pela unidade especializada para a gestão do cuidado à criança.

Desse modo, a cultura organizacional compreendida como padrão de crenças e pressupostos básicos partilhados por um grupo pode ser desvelada, conforme preconiza Schein (2010), a partir dos artefatos, dos valores de suporte e dos pressupostos básicos. Nessa

perspectiva, os artefatos consistem em produtos visíveis que correspondem ao ambiente construído e envolvem desde a estrutura física e organizacional até a processos, padrão de vestimentas e normas.

Ao fazer a inserção como pesquisadora, necessita-se, a princípio, falar sobre a transformação vivenciada pela unidade de pediatria, pois anteriormente funcionou como um hospital independente durante dezoito anos e, somente a partir de 23 de janeiro de 2014, passa a ser uma unidade especializada, num espaço físico que lhe foi destinado no primeiro subsolo do Edifício Central de Internação (ECI) do hospital geral universitário, após decisão do Ministério da Educação. Tal mudança, ao que parece, segue uma tendência de reforma de gestão dos hospitais públicos universitários, com ênfase nas mudanças financeiras, estruturais e institucionais advindas da nova política econômica do Sistema Único de Saúde, como resposta à forte pressão de racionalização dos custos hospitalares (OPAS/OMS, 2004).

O fato de essa atual unidade de pediatria ter tido uma estrutura hospitalar anterior, que incluía um total de quarenta e cinco leitos (45), pode ter definido a sua atual incorporação à estrutura física do hospital geral universitário, tendo em vista que, desde a década de 1980, a lógica de financiamento dos hospitais universitários passou a ser baseada na produção de serviços assistenciais (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007). Supõe-se ser isso a razão pela não sobrevivência dos hospitais de pequeno porte, já que uma estrutura física de menor porte implicaria uma produção assistencial insuficiente para garantir a sua sustentabilidade. Ressalta-se que esse processo de mudança entre o hospital de pediatria e a nova unidade especializada teve seu início no ano de 2011, por meio de frequentes reuniões e discussões entre as unidades hospitalares envolvidas, intermediadas pelos gestores da Universidade.

O hospital universitário é classificado em geral, de médio porte, e de referência para a assistência de alta complexidade. Possui um moderno parque tecnológico de exames diagnósticos e terapêuticos, Unidade de Terapia Intensiva e salas de cirurgias que lhe proporcionaram condições para receber e inserir a unidade especializada em pediatria. Para a instalação da unidade de internação pediátrica, foi destinado um único andar do hospital.

Quanto aos espaços que a compõem, são duas (2) salas originalmente destinadas para aulas e reuniões, uma delas foi adequada para a brinquedoteca da unidade, a fim de atender o público infantil. Para tanto, as paredes foram coloridas (azul e amarelo), divergindo do padrão de cores claras do hospital. Além disso, foram introduzidas mesas e cadeiras de cores rosa, amarela, azul, verde e laranja, além de brinquedos e livros dispostos em estantes.

Para que se garantissem mais condições de segurança para as crianças, a unidade adotou medidas, tais como: disposição de tomadas nas paredes e adequação das janelas, fato

que suscitou sucessivas discussões entre a coordenação da unidade pediátrica e a equipe de governança do hospital, já que algumas iriam de encontro aos padrões institucionais estabelecidos. Ademais, era proibida a fixação de qualquer material nas paredes, porém, após acordos e discussões, conseguiu-se avançar na caracterização da unidade pediátrica, obtendo-se, a posteriori, permissão para a fixação nas paredes das ilustrações próprias do universo infantil, confeccionadas com material plástico lavável, conforme padrão definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Outra pequena sala destinou-se ao Núcleo Administrativo, que se situa antes do acesso das dez (10) enfermarias disponíveis no andar. As enfermarias contêm banheiro e espaço para acolher três (03) crianças com seus respectivos acompanhantes, cujos leitos são separados por divisórias constituídas por plástico resistente e lavável que oferecem ao paciente certa privacidade. Já a 11ª enfermaria conta com apenas um (1) leito e é destinada ao isolamento de pacientes.

Desse modo, a unidade tem uma capacidade total de trinta e um leitos (31) para acolher a criança, além de cadeiras reclináveis de cor amarela clara para acomodar os acompanhantes e armário de MDF na cor gelo para a guarda dos pertences. A acomodação do acompanhante é garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que, em seu artigo 12, exige das instituições de saúde a oferta de condições básicas para a permanência dos responsáveis pela criança durante todo o período de internação (BRASIL, 1993a).

As enfermarias possuem ar condicionado e televisão e se localizam em frente ao mar, numa posição geográfica privilegiada, possibilitando aos internados contemplá-lo através das janelas. Durante o período de observação, identificamos que algumas enfermarias estavam com o aparelho de ar condicionado quebrado. Por isso, foi necessário o uso improvisado de ventiladores para minimizar o desconforto causado aos profissionais e pacientes internados.

Há, ainda, duas salas destinadas ao repouso de profissionais médicos e enfermeiros de plantão do setor. Elas foram organizadas em dois ambientes, cada um com duas camas, mesa de apoio, armário de duas portas e um criado mudo, conforme norma institucional. Sobre o recinto, o repouso dos profissionais técnicos de enfermagem localiza-se em um espaço físico central, destinado a todos os técnicos de enfermagem do hospital.

Em outro espaço menor está uma pequena copa com pia, armário de parede, geladeira e bebedouro eletrônico, destinados ao uso de todos os profissionais e estudantes da unidade. Há também uma sala destinada para procedimentos, que dispõe de uma maca para realização de punção venosa, coleta de exames e outros procedimentos. Além disso, existe a sala de prescrição, onde estão disponibilizados sete (7) computadores que são utilizados por

todos os profissionais para realizarem suas evoluções, prescrições e registros diários no prontuário eletrônico do paciente. Há, ainda, um posto de enfermagem contendo um computador para uso administrativo e uma sala exclusiva para preparo de medicamentos.

Logo a seguir, visualiza-se uma antessala para ambiente de convivência, com televisão e sofá de cor azul. Em seguida, encontram-se mais duas pequenas salas, uma para a guarda de material e outra para expurgo. Com base nessa descrição, chama-se a atenção para o processo de integração que ocorre entre as duas unidades, haja vista a redução de leitos pediátricos, pois, na estrutura anterior, a pediatria possuía 45 leitos; já na nova unidade, esse número decresceu para 31 leitos, diminuindo, ao todo, quatorze (14) leitos infantis, que deixam de ser ofertados para a rede pública de saúde do Estado do Rio Grande do Norte.

Essa redução de leitos da unidade pediátrica acompanha uma tendência mundial à desospitalização e reflete um pouco das mudanças epidemiológicas da população infantil no Brasil, que nas últimas décadas vem avançando para o fortalecimento de ações voltadas para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, incentivo ao aleitamento materno e ampliação da cobertura de imunização, provocando a redução das internações. Porém, não se pode esquecer de que a região Nordeste ainda apresenta altas taxas de mortalidade infantil e problemas nas condições socioeconômicas da população. Paradoxalmente, é o local onde a redução de leitos tem sido mais impactante (BARBOSA; COSTA; VIEIRA, 2017).

Associada a essa integração entre as unidades hospitalares, em 2014, vivenciou-se uma segunda situação de mudança, uma vez que o Hospital Universitário (HU) até então mantido por uma gestão universitária, a partir da adesão da UFRN à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), através do contrato nº 055/2013, em 29 de agosto de 2013, passa a ser gerenciado por esta empresa. A trajetória dessa mudança de gestão dos hospitais universitários teve início desde a década de 1980, no contexto de descentralização do SUS e da crise das Universidades e dos HUs, que levaram ao surgimento de várias propostas como solução, desde a transformação dos HUs em Organização Social até a possibilidade de sua privatização e transformação em estrutura voltada para o setor de saúde suplementar (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007).

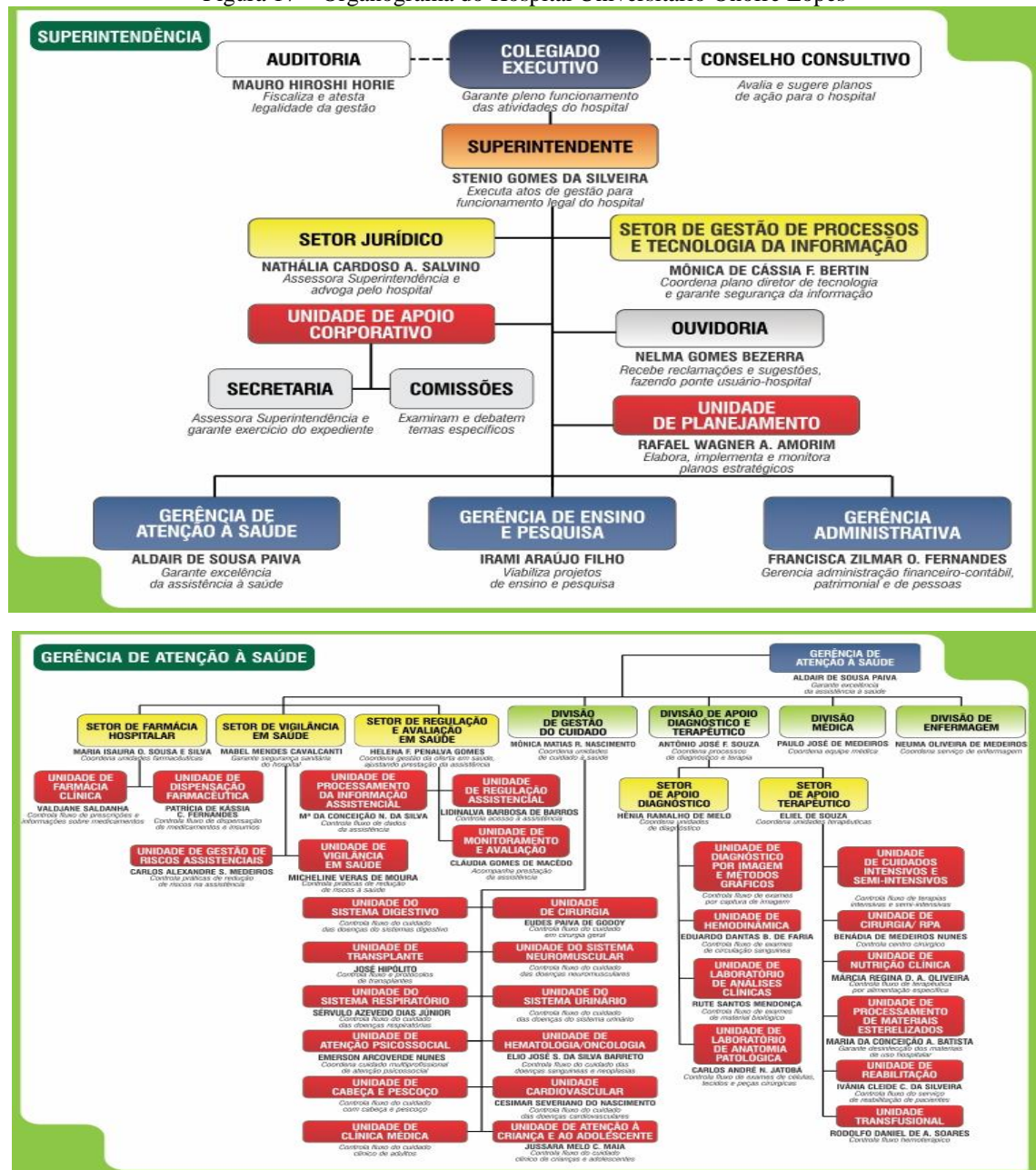
Desde o ano de 2006 que o Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão propõe a criação de fundações estatais de direito privado para a realização de atividades que não exigissem a execução direta do estado.

Nesse projeto, se incluía a intenção de criação de uma fundação para a gestão de hospitais universitários federais com autonomia gerencial, orçamentária e financeira

e contratação de recursos humanos pelo regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), mediante concurso público (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007, p. 389).

Nessa perspectiva, em 2011, o governo federal, através da Lei 12.550/2011, cria a EBSEH, que traz mudanças na forma de gestão e contratação de pessoal visando à reestruturação da forma de trabalho. Por esse motivo, o hospital universitário possui profissionais com distintos contratos de trabalho e distintas cargas horárias. Os que se vinculam à UFRN estão sob o Regime Jurídico Único (RJU), com carga horária que varia entre 20 e 40 horas semanais, sendo permitido, por Portaria da Reitora, a flexibilização das 40 horas para 30 horas semanais. Já os profissionais contratados pela EBSEH, embora sejam concursados, são regidos pela CLT e possuem carga horária variada entre 24, 30 e 36 horas semanais, conforme a categoria profissional. Trata-se de uma realidade vivenciada pelo HU, cujo modelo de gestão apresenta-se em transição face à nova estrutura organizacional proposta pela EBSEH, conforme se observa no atual organograma do hospital (Vide Figura 17).

Figura 17 – Organograma do Hospital Universitário Onofre Lopes



Fonte: Hospital Universitário Onofre Lopes, 2018

A estrutura organizacional configura-se como um conjunto institucionalizado de relacionamentos que organiza o trabalho entre seus membros, a fim de facilitar o modo de operar um determinado modelo de gestão. Dessa forma, essa nova estrutura de organização proposta pela EBSEH para os HUs defende o fortalecimento do núcleo operacional, local, onde acontecem os processos de trabalhos finalísticos (BRASIL, 2013c).

O organograma apresentado divide-se em três partes: o núcleo operacional, a linha intermediária e a cúpula. No núcleo operacional, situam-se os setores e as unidades que facilitam a coordenação das atividades finalísticas e a prestação dos serviços assistenciais do

hospital. Na linha intermediária, encontram-se os órgãos que estabelecem a integração horizontal entre os processos finalísticos, entre eles, o suporte e a integração vertical entre os níveis operacional e de suporte, e a cúpula. Na cúpula, encontram-se as gerências: administrativa, assistencial e a de ensino e pesquisa que, em conjunto com os demais órgãos da estrutura de governança, constituem as instâncias do processo decisório do hospital (BRASIL, 2013c).

De acordo com os documentos existentes da EBSEH, seu intuito é de implementar diretrizes para a organização de um modelo de atenção à saúde, com vista à superação da fragmentação da atenção e de gestão à saúde. Nesse sentido, pretende-se alcançar um modelo de atenção integral à saúde, organizado em linhas de cuidado, com o objetivo de reduzir o tempo médio de permanência dos pacientes por meio da adoção de protocolos terapêuticos multiprofissionais, entre outros (BRASIL, 2013c).

Vislumbra-se, assim, uma reorganização do modelo de gestão dos hospitais universitários e dos processos de trabalho, o que implica uma transição cultural, visto que a sua implementação exige um amplo movimento de esforço correspondente a mudar crenças e valores da organização (CROZATTI, 1998).

Por cultura organizacional compreende-se um sistema de significados compartilhados por todos os membros de uma organização, constituída por um conjunto de valores, crenças e princípios que orienta o delineamento de normas, padrões e condutas assumidas pelos profissionais daquela organização (FABBRI, 2000). É nessa nova arquitetura organizacional que a pediatria se constituiu uma unidade especializada de atenção à saúde da criança e do adolescente do hospital universitário, como parte de uma estrutura de governança que envolve uma coordenação pediátrica, vinculada à Divisão de Gestão do Cuidado do hospital que, por sua vez, encontra-se sob a governança da Gerência de Atenção à Saúde.

A coordenação pediátrica é considerada a liderança da equipe multiprofissional daquele setor que envolve: assistente social, médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo. No caso da enfermagem, em particular, em razão do grande quantitativo de profissionais, há ainda a figura do supervisor de setor como uma liderança específica para a equipe de enfermagem e seu representante nos espaços coletivos do hospital.

Nesse cenário, a unidade pediátrica, considerando particularidades, princípios e valores incorporados ao longo de uma trajetória histórica e social de cerca de dezoito anos, passa a se inserir em uma nova cultura organizacional, que também vivencia uma transição no modelo de gestão decorrente de sua recente adesão à EBSEH. Diante desse processo, muitos profissionais vinculados ao antigo hospital de pediatria, em condições plenas para



aposentarem-se, fizeram essa opção; outros pediram transferência para outras instituições e/ou espaços da universidade.

Nesse sentido, as mudanças física e estrutural da pediatria para o hospital geral parecem trazer impacto para o profissional, para a organização dos seus processos de trabalho e para o cuidado à criança, conforme identificou-se tanto por meio da observação participante quanto pelos relatos que se seguem:

[...] a gente que vem de um hospital específico voltado para criança né? totalmente pediátrico e hoje em dia estamos atuando dentro de um hospital geral. Confesso que senti e ainda sinto um pouco de dificuldade dessa incorporação da pediatria a um hospital geral (fa5).

[...] eu acho que o cuidado com a criança está um pouco solto aqui dentro do hospital. Como se a gente estivesse no meio de muitos adultos e a gente com crianças sem eles (gerentes) conseguirem fazer esse trabalho [...]. Às vezes, você encaminha uma criança, ela está em jejum vai fazer um exame, a gente pede uma prioridade, mas passa dois, três, quatro adultos na frente. Então são esses pequenos detalhes que estão faltando aqui dentro do hospital. É o fato da pediatria ter chegado a um hospital de adulto (en3).

Ao se inserir em um hospital geral, mesmo se mantendo um local exclusivo para internação pediátrica, a criança passou a compartilhar espaços assistenciais com o paciente adulto, deixando uma posição central no atendimento de suas necessidades para uma posição mais periférica. Fato observado entre os depoimentos dos entrevistados que explicitam o sentimento de que a criança perdeu o foco de atenção quando deixou de ser assistida em um hospital estruturado especificamente para o atendimento de suas especificidades.

A infância implica um período fundamental da vida humana cujas características envolvem o crescimento e o desenvolvimento, os aspectos epidemiológicos do adoecimento, além de a criança apresentar a dependência de um familiar ou cuidador no atendimento as suas necessidades, na prevenção e no tratamento de agravos e doenças (MOREIRA; GOLDANI, 2010). Nesse sentido, a análise de documentos eletrônicos no Sistema MV sobre admissão e alta hospitalar indica que, no período de novembro de 2016 a maio de 2017, ocorreu uma diversidade de diagnósticos para a doença crônica entre crianças e adolescentes que estiveram internadas naquela unidade, a saber: epilepsia, cardiopatia, microcefalia, síndrome genética, síndrome nefrótica, Insuficiência Renal Crônica (IRC), Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), diabetes mellitus, fibrose cística, pneumopatia crônica, imunodeficiência e hepatopatia crônica.

Identificou-se também que a média de permanência hospitalar dessas crianças esteve em torno de cinquenta e dois (52) dias, sendo o menor tempo de trinta e cinco (35) dias e o

maior de cento e quarenta (140) dias, referente a uma criança que permanecia internada por um período de cinco meses e, naquele momento, aguardava a troca de cânula de traqueostomia para a alta hospitalar. Além disso, durante o período de observação participante, visualizou-se diariamente na unidade que cinquenta por cento das crianças internadas apresentavam diagnóstico de alguma condição crônica e, em alguns dias, chegaram a extrapolar esse percentual, apontando-se para uma prevalência de doenças crônicas na faixa etária infantil assistida.

Para a maioria dos profissionais entrevistados, essa prevalência se tornou mais visível e acentuada com a chegada da unidade ao hospital geral, possivelmente em razão de este ocupar, no sistema de saúde, a posição de referência estadual para a alta complexidade e possuir moderna tecnologia em sua estrutura, como é o caso do Centro de Diagnóstico de Imagem (CDI), além da recente criação da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), que serve de retaguarda para a unidade de internação, dando-lhe condições para assumir os casos mais complexos no cuidado à criança.

Tais informações convergem com as evidências de Moreira e Goldani (2010) quanto à transição epidemiológica na área da saúde da criança que ocorre no mundo inteiro, devido ao aumento de doenças crônicas na infância, como consequência, principalmente, da maior incidência de obesidade e de sobrevivência dos prematuros extremos e portadores de malformações congênitas, possibilitados, cada vez mais, pelo desenvolvimento da tecnologia em saúde. Observa-se, assim, uma nova clientela que modifica a perspectiva do cuidado, visto que, após a alta hospitalar, em geral, há a necessidade de continuidade desses cuidados no domicílio, o que exige uma estrutura adequada às especificidades e ao delineamento de um modelo de cuidado que contemple a organização de processos de trabalho multiprofissional e a articulação do hospital com outros níveis de complexidade, bem como com gestores e as respectivas secretarias de saúde dos municípios.

Numa ocasião da observação participante, vivenciamos o exemplo de uma criança internada há cento e quarenta (140) dias, cujos motivos para essa longa permanência não estiveram somente relacionados à sua condição clínica, mas, principalmente, às dificuldades enfrentadas pela secretaria de saúde do seu município de garantir o apoio na continuidade do cuidado em domicílio.

Sabe-se que, atualmente, o Ministério da Saúde enfatiza a desospitalização. Embora, no campo prático, ocorram internações de longos períodos de crianças com doenças crônicas, principalmente aquelas com difíceis condições social, econômica e deficiência de suporte da Rede de Atenção à Saúde. No caso específico desse hospital, o contato com o gestor

municipal de saúde é, rotineiramente, realizado pela assistente social da unidade, que descreve o percurso seguido para conseguir, junto ao município de origem dessa criança, as condições para a continuidade do cuidado. De acordo com uma das informantes, “[...] nos primeiros contatos, a secretaria apresentou muita resistência em oferecer atendimento domiciliar a essa criança. Porém, após insistentes contatos, a Secretaria informou que esse suporte seria dado pela Estratégia de Saúde da Família” (as 20).

Entretanto, mais adiante, o serviço social relatou ter obtido informação de que naquele município havia um SAD e, ao contatá-lo, foi informado de que não havia pediatra disponível em sua estrutura. Mesmo assim, a equipe do SAD concordou em acompanhar a criança no seu domicílio desde que tivesse o suporte do especialista do hospital universitário. De acordo com Mendes (2012), essa interação entre a atenção básica e a unidade especializada é esperada e deve ser viabilizada por meio de ferramentas – como referência e contrarreferência, telemedicina, gestão de casos mediada por gestor do cuidado e coordenador do cuidado – que possibilitem o compartilhamento da gestão entre os níveis de complexidade. Na assistência ao paciente crônico, esses mecanismos tornam-se essenciais para a oferta de um cuidado mais integral e essa experiência, em particular, demonstrou que é possível a criança retornar para o domicílio utilizando-se do apoio matricial.

Diante do exposto, não há dúvida de que a integração da pediatria ao hospital geral contribuiu para uma mudança no perfil assistencial da unidade, tendo em vista que a nova estrutura tecnológica possibilitou acolher a criança com condições mais complexas. Mas isso requer do hospital geral uma readequação às necessidades da pediatria, com profissionais capacitados e provimento de insumos específicos para o cuidado à criança nessa condição, conforme demonstram os relatos seguintes:

[...] acho que ainda vai levar um tempo para a gente ficar plenamente contemplado, aqui é uma instituição que tem um prédio de internação com 8 andares desses 8, [...] somente 1 é pediatria, então, a gente sente muito isso, até nas compras do hospital, você vai comprar uma sonda 12, 14 para todo hospital, mas eu tenho que comprar uma quantidade de sonda 6, 4 para um andar que é a pediatria, então a gente percebe que ainda não está contemplado, e isso é um pequeno exemplo [...] (en4)

[...] ontem na visita foi falado que a noite o laboratório ia fazer a coleta em todos os andares, menos na pediatria porque não tinha um técnico com experiência em pediatria [...] (fa5).

Percebe-se, então, que o novo espaço da unidade especializada em saúde da criança encontra-se em fase de estruturação, tendo em vista as especificidades que o cuidado em pediatria exige, como, por exemplo, as habilidades numa punção venosa e outros

procedimentos, visto que os profissionais habituados a cuidar de adultos, na maioria das vezes, não se encontram suficientemente preparados. Assim, percebe-se que a integração da pediatria ao hospital geral afeta não apenas aos profissionais que chegam a esse novo universo, mas também os que já estavam capacitados tecnicamente para a abordagem ao paciente adulto.

Para Carvalho (2015), a mudança em uma organização é algo que afeta a todos, sendo impossível não atingir o comportamento dos indivíduos e suas relações de trabalho, podendo trazer prejuízo ou ser algo agregador da vida profissional do sujeito à medida que traz novas experiências e aprendizados, podendo ou não gerar nos profissionais reações favoráveis, dependendo da forma como as mudanças são estabelecidas na instituição. Mesmo contando com uma complexa estrutura tecnológica do hospital, é necessária a programação de encontros e interações entre as equipes da pediatria e as dos outros setores do hospital, que mantêm e dão suporte à unidade pediátrica, a fim de motivar a integração e o compartilhamento de conhecimento técnico, valores e concepções para uma abordagem centrada nas necessidades da criança e de sua família (SOUZA; OLIVEIRA, 2010).

A inserção da unidade pediátrica em um hospital geral deparou-se com uma estrutura institucional já existente, contudo, voltada para atender as necessidades de saúde da pessoa adulta e idosa. Isso talvez possa exigir desse hospital uma reorganização para atender as novas demandas específicas em saúde da criança, conforme os depoimentos seguintes:

[...] na parte que envolve provimento de material e medicamentos para as unidades, sinto uma certa dificuldade do hospital em ter disponibilização de todos os diferentes tamanhos dos materiais médico-hospitalares que são necessários para pediatria, mas também a gente trabalha com uma clientela [...] que vai de dias de vida até os 15 anos e 11 meses. A gente pega material de todos os tamanhos possíveis, inclusive material de adulto. E aí eu sinto no nosso dia a dia dificuldade em ter disponível as numerações necessárias para ser utilizadas nos pacientes e aí gera a grande demanda de estar sempre solicitando para que seja adquirido ou por comprar em cartão corporativo ou empréstimo, ou por permuta e isso é um pouco difícil da gente trabalhar (fa5).

[...] eu acho que a pediatria é escanteada porque, assim, eu não sei quantificar, mas, por exemplo, o centro cirúrgico tem seus problemas, mas todas as salas têm capnógrafo, tem pressão venosa invasiva, tem tudo que a UTI pediátrica não tem (me13).

Aliada a essas informações obtidas nas entrevistas, considerando a dificuldade no provimento de insumos específicos para o cuidado à criança, a observação participante também permitiu identificar situações semelhantes, justificadas por alguns profissionais como reflexo da inserção de uma unidade pediátrica em um hospital geral ainda em processo de adequação estrutural. Entretanto, essa inserção da unidade em um novo contexto parece gerar

sentimentos de receio entre os profissionais de que as necessidades da pediatria não sejam atendidas a priori ou não estejam incluídas no planejamento do hospital em detrimento dos demais setores.

Observa-se que, além dos insumos apropriados ao cuidado à criança, há outras especificidades a considerar, por tratar-se de um ser em crescimento e desenvolvimento cujo processo de internação pode afetar diretamente a sua vida. A partir disso, surge a necessidade de se criar um ambiente hospitalar com uma cultura voltada para princípios e valores de humanização, mediante a concepção de adoecimento e hospitalização, a partir de um modelo assistencial com base na integralidade, resultante da interação de fatores biopsíquico, cultural e social que possibilitem a adoção de uma abordagem do cuidado centrada na criança com foco assistencial voltado para minimizar as repercussões provenientes da hospitalização, com o envolvimento dos familiares no planejamento, na execução e na avaliação do cuidado (SOUZA; OLIVEIRA, 2010).

A área física da unidade hospitalar, em conjunto com as normas institucionais, revela o padrão cultural da organização, apresentando-se como artefato que dá suporte ao tipo de abordagem assistencial adotado pela equipe. Assim, quando a abordagem é centrada na criança e em sua família, pressupõe-se um ambiente planejado para as necessidades de recreação e bem-estar da criança, com provisão de espaço para brinquedoteca, motivos infantis, cores alegres nas paredes e toda uma organização assistencial com inclusão do familiar como partícipe do processo terapêutico (SOUZA; OLIVEIRA, 2010).

Em síntese, foi possível visualizar os esforços da equipe para adequar o ambiente às especificidades da criança, a partir do uso de recursos lúdicos, do uso colorido de vestimentas pelos profissionais da equipe de saúde (contrapondo-se ao tradicional branco), de botões em formato de boneco, que se harmonizam e representam o universo infantil etc. Ademais, utilizam-se brinquedos terapêuticos nas ações assistenciais e de práticas relacionadas à humanização da assistência. Como exemplo, presenciamos o batizado de uma criança que estava internada há 5 meses com diagnóstico de uma síndrome genética. Segundo os relatos, esse era o segundo que ocorria naquele serviço, visto que há cerca de 2 anos uma criança em fase terminal de fibrose cística também havia sido batizada.

O batizado era desejo da mãe que, ao expressá-lo, mobilizou, na equipe, esforços para atender aquela necessidade espiritual e cultural da criança e sua família. Isso pode ser constatado de acordo com a fala seguinte:

[...] a gente teve essa semana o batizado na enfermaria, e aí veio uma enfermeira de um hospital de fora e viu que a gente estava fazendo isso, aí ela disse... “você não

vão divulgar isso?”. Um projeto que pensa no lado do paciente, que se preocupa com o que importa para o paciente [...]. Se a mãe trouxe a demanda que precisava batizar essa criança antes de levar para a casa, a equipe tentou acatar essa vontade da mãe [...]. Então, um paciente crônico, ficou seis meses internado, praticamente seis meses com a gente, então construiu um vínculo (en2).

Com base nesse relato, percebe-se que a equipe oferta um cuidado para além do biológico quando tenta atender as necessidades espirituais relacionadas a crenças e valores, não somente da criança, mas também dos seus familiares. Observou-se que a expressão da participante denotou certa naturalidade ante a realização daquela ação, visto que estava acatando o desejo de uma mãe para batizar o seu filho. Destaca-se que a criança tinha pouco menos de dois anos de idade e seis meses de internação, o suficiente para constituir vínculo com a equipe. Porém, aquela ação pareceu surpreender a enfermeira visitante, que questionou sobre a sua divulgação, afinal, não lhe parecia muito comum um projeto de cuidado que pensasse no “lado do paciente”.

Nesse dia, a pesquisadora estava na unidade e pôde acompanhar a realização do batizado da criança, que mobilizou a todos, inclusive o padre da capela do hospital, que veio à unidade para conceder o batismo a fim de evitar o deslocamento da criança devido a sua condição clínica, com traqueostomia e uso de sonda nasointestinal. Uma das colegas enfermeira foi escolhida para madrinha, fato que acontecia pela segunda vez. Além disso, médicos, enfermeiros e residentes constituíram um coral para cantar na ocasião e lá havia também um bolo para comemoração daquele momento especial.

Tais iniciativas parecem acontecer com frequência na unidade e contam com o envolvimento da equipe, inclusive de estudantes e residentes, visto que durante as observações de campo pudemos visualizar a comemoração do dia das mães e a festa de São João das crianças, como também a implementação da classe hospitalar, numa ação institucionalizada mediante convênio firmado entre a instituição hospitalar e a Secretaria da Educação e da Cultura do RN (SEEC/RN), a partir de março de 2015 e que promove atividades educativas e de acompanhamento pedagógico à criança com doença crônica, por meio da disponibilização de professores na própria unidade pediátrica (SILVA; RIBEIRO; ARAÚJO, 2015).

Esse serviço é coordenado pelo Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar e Domiciliar do RN (NAEHD/RN) e tem o objetivo de viabilizar o atendimento educacional para crianças e adolescentes em tratamento de saúde (SILVA; RIBEIRO; ARAÚJO, 2015). Antes disso, o atendimento educacional já era realizado no antigo hospital de pediatria por meio de projeto de extensão do curso de pedagogia da UFRN

Assim, no atual cenário, os pedagogos responsáveis pelas atividades realizam atendimento na brinquedoteca, que é um espaço de constante procura pelas crianças. Ações como essas caracterizam uma unidade pediátrica e refletem um sistema de valores e crenças que coloca a criança e seu acompanhante/familiar como foco de atenção e de cuidado, e que, talvez, na adaptação da nova unidade, tenta manter sua identidade cultural, conforme se observam nas falas seguintes:

[...] acho que a pediatria ainda tem muito a crescer aqui dentro. [...] tem muito a conquistar junto aos gestores para ter uma visibilidade maior. Eu vejo que a gente, a maioria dos profissionais antigos, trouxemos a cultura da pediatria. Então, a gente mantém muitas coisas que a gente trouxe de lá, mantém a cultura antiga, acredito eu (en2).

[...] uma coisa que ainda nos ajuda são os profissionais que vieram do HOSPED que foi nosso hospital referência, que a gente sabe a quem se dirigir quando a gente tem alguma dificuldade para resolver, na farmácia, a gente se dirige aos farmacêuticos da época do HOSPED e a nutrição a gente tem os nutricionistas, mas a gente percebe que isso é pediatria dentro de um hospital geral, aí as particularidades da pediatria às vezes são difíceis de serem entendidas pela gestão, é aquela coisa é só mais um, é um pequeno dentro de um grande [...] não tem como se contemplar ainda os detalhes da pediatria (en4).

Percebe-se que as entrevistadas expressam uma constante luta para preservar a identidade da pediatria e destacam os profissionais do antigo hospital como referência para auxiliá-las na resolução de problemas relacionados ao setor por sentirem-se compreendidas e apoiadas nas necessidades e particularidades da unidade. Explicitam ainda a difícil tarefa de a gestão de um hospital geral compreender as especificidades da pediatria e, principalmente, o receio da equipe de perder sua identidade cultural e se tornar apenas um pequeno setor dentro de um hospital geral de médio porte.

[...] culturalmente, o hospital possui mais de cem anos e não atendia crianças de uma maneira sistemática. Então, a criança foi inserida de três anos para cá, e a gente tem que respeitar que é uma mudança cultural e de prática. Essas mudanças não acontecem da noite para o dia, então é preciso se acostumar com o choro da criança, é preciso se acostumar com a fralda, é preciso se acostumar com uma equipe diferente de alguém que vem colher o sangue e se diz não ainda capacitado para colher esse sangue, de alguém que está no raio-X e diz: “não por que a criança dá trabalho”, [...], mas eu acho que toda mudança traz crescimento para o hospital e para a gente, tem sido um aprendizado mútuo. Precisamos mudar algumas coisas, implementar algumas práticas que podem repercutir de forma muito favorável nessa mudança de perfil, de aceitar e acolher a criança (me12).

Depreende-se, a partir do depoimento, compreensão e respeito às dificuldades de adaptação vivenciadas pela gestão do hospital geral quanto à inserção da criança nesse universo, cuja repercussão é esperada numa mudança dessa natureza, gerando reflexões

imediatas sobre a cultura e a prática institucional para ambos os lados. De acordo com Schein (2010, p. 17), a cultura de uma organização pode ser definida como

[...] um padrão de pressupostos que foi apreendido por um grupo à medida que foi se resolvendo e apreendendo problemas de adaptação e integração interna e funcionou bem o suficiente para tornar-se válido e ser ensinado como a maneira correta de pensar, sentir e agir em relação a esses problemas.

Entretanto, existem grupos, organizações e sociedades que convivem com valores e crenças distintos, vivenciando situações de conflitos e ambiguidades. No caso da pediatria, ao ingressar em um hospital geral, é esperado que ocorra o encontro de culturas distintas, exigindo dos que se encontram naquele espaço “adaptação e integração” de valores e princípios para que possam superar os conflitos e constituir sua identidade cultural nesse novo contexto.

#### *5.1.1.2 Transição entre a cultura médico-centrada e a atuação em equipe na gestão do cuidado*

A gestão do cuidado configura-se como a

[...] articulação entre formuladores de políticas, gestores, trabalhadores de saúde e usuários de diferentes espaços a fim de prover as tecnologias adequadas para atender as necessidades de cuidado do usuário e isso exige interdependência, integração e cooperação entre os sujeitos envolvidos e entre as instituições que compõem o Sistema de Saúde (SANTOS, 2013, p. 19).

Em sua dimensão organizacional, refere-se à forma como o cuidado se organiza no âmbito da micropolítica institucional. Essa dimensão centra-se na estruturação dos processos de trabalho em saúde desenvolvidos pela equipe e nas relações estabelecidas entre os profissionais e, entre eles e o usuário, nos cenários onde acontece a produção do cuidado (CECÍLIO, 2011).

Tais princípios nos levam à compreensão de que o objeto de trabalho nos serviços de saúde não é a cura, mas a produção do cuidado, voltado para a produção da saúde ou para a cura e realizado por um conjunto de trabalhadores que deve articular o seu núcleo de competência específico à dimensão de cuidador, que é transversal a todas as profissões da saúde. Assim, o processo de trabalho em saúde expressa-se pelo encontro entre sujeitos, num trabalho vivo em ato, estabelecido por relações intercessoras, entre agente produtor com suas ferramentas e o usuário/consumidor. Esse espaço intercessor efetiva-se durante a produção do



ato de cuidar e é partilhado entre os sujeitos da ação e o usuário que, durante o ato, é, ao mesmo tempo, objeto e agente da ação (MERHY, 2007).

Entendendo o hospital como um local de produção de cuidado, há necessidade de se compreender como esse espaço organiza-se para gerir o cuidado à criança com condição crônica. Nesse aspecto, torna-se fundamental descrever a organização da equipe multiprofissional e como se processa a dinâmica do trabalho na unidade pediátrica para desvelar o sistema de crenças e valores que define o padrão cultural da unidade (SCHEIN, 2010).

No que diz respeito ao total de profissionais existentes no setor de internação pediátrica, hoje são trinta e dois (32) técnicos de enfermagem e onze (11) enfermeiras, incluindo a supervisora de enfermagem, referência de liderança da equipe. Ressalta-se que a equipe de enfermagem da unidade sofreu alteração com a criação da UTIP, visto que sete (7) enfermeiros com experiência em UTI foram disponibilizados para o novo setor. Para ajustar-se a esse novo dimensionamento dos profissionais enfermeiros, a supervisora conta com o apoio dos Adicionais de Plantão Hospitalar (APH), o que permite que enfermeiras daquela unidade, juntamente com enfermeiras vinculadas ao setor de ambulatório de pediatria e da UTIP, integrantes do quadro profissional da UFRN, façam plantões extras.

Desse modo, habitualmente, a unidade pediátrica conta em seus turnos de trabalho com três (3) enfermeiras e seis (6) técnicos de enfermagem nos horários matutino e vespertino; e dois enfermeiros e cinco técnicos no horário noturno. O dimensionamento dos profissionais de enfermagem da unidade é realizado com base na complexidade do serviço e na classificação do grau de dependência do paciente, utilizando-se de Instrumento específico para Classificação de Paciente Pediátrico (ICPP), em conformidade com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem, COFEN/0543/2017, que atualiza e estabelece parâmetros sobre o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços (BRASIL, 2017).

Já a equipe médica conta com oito (8) médicos plantonistas, mantendo-se, normalmente, um (1) pediatra e um ou mais residente médico em cada turno, além de um (1) diarista, que faz, rotineiramente, a visita, no turno matutino, com os residentes médico e multiprofissional e com toda a equipe da unidade. Os pediatras são exclusivos para as atividades assistenciais e de preceptoria dos residentes e graduandos, haja vista ser o hospital uma instituição de ensino e unidade executora de programas de residência médica e multiprofissional.

Além desses profissionais citados, integram também a unidade: dois (2) nutricionistas, dois (2) assistentes sociais, um (1) farmacêutico e um (1) fisioterapeuta que atuam na assistência pediátrica. Porém, alguns desses, ao se inserirem no hospital geral, também utilizam sua carga horária dando suporte a outros andares do hospital destinados à assistência ao adulto e ao idoso, conforme os relatos a seguir:

[...] a gente escuta de alguns profissionais, nutricionistas que gostam de pediatria, que é voltado para pediatria [...] ela até quer se dedicar a pediatria, mas ela não tem como porque ela tem a pediatria, e mais 5 andares de adulto, então é um luxo ter um profissional nutricionista para estar contemplando somente a pediatria, um profissional fisioterapeuta para estar só na pediatria, né? Então a gente ainda percebe isso (en4).

[...] hoje uma das situações que sinto que pode dificultar o processo é quando não temos um dimensionamento específico para a pediatria, quando esse profissional não é exclusivo. Não acontece na medicina, não acontece em algumas áreas. Mas acontece em outras. Acontece na fisioterapia, acontece na farmácia, ora acontece na nutrição. Em que esse profissional, ele precisa atender todas as unidades do hospital. Então, a gente sente um pouco de dificuldade, a gente sente dificuldade de acesso, sente a ausência dele em algumas discussões clínicas, porque o colega está sobrecarregado (en11).

As falas explicitam as dificuldades geradas quando os profissionais não têm exclusividade para atuar na pediatria, implicando sua ausência no setor, inclusive, dificultando sua participação nas discussões clínicas. Embora não ocorra na medicina e na enfermagem, algumas profissões não conseguem direcionar suas atividades para a unidade pediátrica, o que gera insatisfações, conforme demonstra o depoimento a seguir:

[...] que assistência eu vou dar a esse aluno e a esse residente se no horário de trabalho eu estou responsável por três andares, além da pediatria? São 3 andares de adultos que sequer tenho experiência, então, é por isso que eu vejo aí, por mais que a gente vá para a direção e diga a nossa situação, isso não é levado em consideração (nu1).

Nota-se o incômodo do profissional pelo fato de não estar disponível para se dedicar exclusivamente à pediatria, ao mesmo tempo, um sentimento de pouco reconhecimento pelas particularidades da assistência pediátrica, já que no antigo hospital desenvolvia suas atividades focadas no cuidado à criança e, nesse novo cenário, passa também a se envolver com a assistência ao adulto e ao idoso, conforme reforça a entrevistada:

[...] eu acredito que a administração é mesmo centrada ainda no modelo biomédico. Por que eu acho isso? Porque se não fosse biomédico, as outras profissões seriam mais valorizadas, como a nutrição, como é que uma profissional que tem experiência em pediatria é coordenadora de estágio, coordenadora da residência e tem que ficar responsável por quatro andares, que assistência vai dar a esse paciente? (nu1).

O discurso da entrevistada revela uma visão de que a gestão administrativa do hospital centra-se no modelo biomédico à medida que demonstra pouca valorização para com os demais núcleos profissionais. Na abordagem biomédica,

[...] o corpo humano é visto como uma máquina e a doença um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, o papel do médico, nesse contexto, destaca-se na intervenção, física ou quimicamente, para concertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado (CAPRA, 1982, p. 116).

A hegemonia desse modelo nos serviços de assistência individual deveu-se aos benefícios por ele trazidos na promoção do alívio da dor e no tratamento das doenças com base na concepção do paradigma cartesiano que dividiu o corpo e a mente e reduziu a saúde ao funcionamento mecânico. Com isso, perdeu-se de vista o paciente como ser humano em sua complexidade, o que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais (FERTONANI et al., 2015).

Entretanto, a saúde e o fenômeno de cura não podem ser entendidos de forma reducionista, visto que incluem dimensões individuais, sociais e ecológicas e exigem, portanto, uma abordagem sistêmica. “A visão sistêmica ou holística transcende as fronteiras disciplinares convencionais e passa a ver o mundo por meio da consciência do estado de inter-relação e interdependência de todos os fenômenos” (CAPRA, 1982, p. 299). Essa concepção da realidade enfatiza mais as relações e as interações do que as entidades isoladas.

Ademais, a aplicação prática dessas concepções na organização do cuidado à saúde dependerá do sistema de valores, do contexto ambiental e cultural em que se situa a sociedade. Dessa forma, ao longo da história, as práticas assistenciais em saúde oscilam entre uma cultura de reducionismo e/ou o holismo. Na concepção sistêmica ou holística, a saúde passa a ser entendida como um fenômeno multidimensional que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais de forma interdependente (CAPRA, 1982).

Nessa perspectiva, nenhum agente isolado consegue dar conta da complexidade do cuidado à saúde, o que torna necessária a interação de distintos saberes por meio da constituição de uma equipe interprofissional e da estruturação de um trabalho cooperativo e interdependente. Sobre esse aspecto, embora se destaque o reflexo da cultura biomédica nas relações estabelecidas entre os profissionais, os depoimentos a seguir apontam avanços no desenvolvimento do trabalho em equipe na unidade pediátrica:

[...] em relação à equipe multiprofissional, apesar de ainda existirem deficiências, acho que já evoluiu, que já se consegue ter um diálogo melhor, entender o papel de cada um. Eu acho que o diálogo é mais difícil com a equipe médica realmente pela questão cultural do cuidado centrado no médico. Daquela questão de, como se o

médico ainda fosse detentor absoluto do conhecimento, ou melhor, do saber. E eu acho principalmente em relação à multi, eu acho que ainda estamos engatinhando, mas eu já vejo evolução realmente (en5).

[...] eu vejo que ainda existe um pequeno distanciamento da equipe médica e equipe multiprofissional, às vezes precisa ter mais diálogo, né?, enfim, para que os processos aconteçam. Eu acredito que ainda é essa questão de hierarquia, né? O médico e o restante. Lógico que, de uns tempos para cá, isso vem mudando bastante, a postura de alguns médicos, de algumas pessoas, vem agregando mais essa equipe multiprofissional principalmente nas visitas (ps7).

Com base no exposto, expressam-se avanços na atuação multiprofissional com vista a uma melhor compreensão do papel de cada integrante da equipe. Porém, evidencia-se distanciamento, mesmo que pequeno, entre o médico, identificado como detentor do saber, e os demais profissionais, como possível consequência da influência da cultura biomédica no contexto hospitalar. Ao mesmo tempo, os depoimentos apontam para mudança na postura assumida por profissionais médicos no sentido de agregar a equipe em face de uma transição cultural de um cuidado fragmentado e médico centrado para um trabalho integrado em equipe multiprofissional, como evidenciam as falas posteriores:

[...] essa cultura, eu observo uma transição, [...], não houve ainda uma mudança total. Eu acho ainda que tem que evoluir bastante. [...] e isso já é bom, já mostra que alguma coisa está acontecendo, que alguma coisa está sendo realizada (ps7).

[...] eu acho que a gente está começando [...] a fazer um trabalho mais integrado, entender a importância de cada profissional dentro desse cuidado, para que, realmente, se alcance o bem-estar daquela criança de uma forma geral, não somente focada, na doença em si, mas de uma forma geral, ela está inserida dentro de um contexto (as19).

Vislumbram-se mudanças na forma de organização do processo de trabalho em saúde com uma atuação mais interprofissional e oferta de um cuidado integral. Entretanto, a sua consolidação depende, fundamentalmente, da participação da equipe multiprofissional na gestão do cuidado por meio do seu efetivo posicionamento nas discussões de casos, conforme explicitaram os entrevistados seguintes:

[...] é claro que o profissional dessas outras áreas tem que se colocar, conversar, ir atrás, a gente não pode ter o pensamento de que por que é médico não vai querer ouvir, eu não vou dar minha opinião. Tem que dar a cara a tapa mesmo, ir lá por que é a cultura que já existe há muito tempo e a gente está quebrando isso (ps7).

[...] ainda é muito centrada na figura do médico, ainda não é feito um plano de cuidado mais amplo mais global para o paciente, de onde cada profissional pudesse vir a dar sua contribuição realmente (en5).

Retrata-se a necessidade de os profissionais de outras áreas expressarem suas opiniões durante as discussões de caso, com vista a contribuir efetivamente para a gestão do cuidado por meio da construção e do compartilhamento de projetos assistenciais com base em uma visão global das necessidades da criança. Dessa forma, transitar para uma cultura institucional que valorize a atuação interprofissional no cuidado ao usuário exige o rompimento com as “teias de significado” do modelo hegemônico dos quais os profissionais ainda estão amarrados e influenciam o seu modo de agir e de se relacionar para, assim, adotar mecanismos que favoreçam o exercício da interdisciplinaridade no cotidiano do cuidado, conforme citado a seguir:

[...] eu acho que a gente vem avançando nessa discussão da gestão do cuidado, com a organização do serviço, incorporação de várias categorias junto à unidade. Eu acho que a gente vem avançando com essa ideia [...] coisas básicas, que ainda não são institucionalizadas, como reuniões administrativas, reuniões para discussão de casos, estudos de casos, que são ferramentas que podem ajudar muito na instituição dessa cultura. Elas não estão sendo ainda bem utilizadas. Então, eu acho que elas ainda estão mais no campo da ideia (as19).

Esse depoimento denota uma relação contraditória entre a discussão e o exercício prático de gestão do cuidado, conforme apresentado na Figura 18, muito embora já se evidenciem avanços nas discussões e na própria organização dos serviços, tendo em vista a incorporação de várias categorias profissionais na unidade. Apesar disso, ainda se sente falta da institucionalização de ferramentas básicas que potencializam uma atenção interprofissional e integral, tais como: reuniões administrativas e discussões de caso de forma a permitir a internalização de uma cultura voltada para a interprofissionalidade e para práticas colaborativas.

Figura 18 – Relação contraditória entre os avanços nas discussões sobre GC no hospital e a institucionalização de mecanismos como reuniões e discussão de caso para internalizar a GC



Fonte: Elaborada pela autora, com o auxílio do atlas.ti, 2017

Por interprofissionalidade entende-se o trabalho em equipe, mediado pela reflexão sobre os papéis profissionais, pela resolução de problemas, pela negociação dos processos decisórios, pela construção de conhecimento de forma dialógica que respeite as especificidades de cada núcleo profissional (BATISTA, 2012). A interprofissionalidade em saúde pode ser vivenciada no cotidiano do hospital, a partir de práticas colaborativas. Isso implica fazer junto o cotidiano do cuidado em saúde de modo a propiciar interação entre os núcleos profissionais de diferentes campos de conhecimento, contrapondo-se às tradicionais relações hierarquizadas à medida que propõe constante comunicação entre os integrantes da equipe e tomadas de decisões compartilhadas. Desse modo, possibilita-se a oferta de um cuidado mais abrangente (MATUDA et al., 2015).

Acerca das oportunidades de práticas colaborativas na unidade, podemos observar uma rotina de acolhimento e passagem de plantão desenvolvida na perspectiva uniprofissional. Durante a passagem de plantão, foi visualizado diariamente que a equipe de enfermeiros e residentes de enfermagem a realizam na sala de repouso do enfermeiro; já a equipe médica, na sua própria sala; a equipe de técnicos de enfermagem, por sua vez, no posto de enfermagem; assim como a equipe de residentes médicos, na sala de prescrição. Da mesma forma, as outras profissões repassam individualmente suas informações nos seus próprios setores.

Essas transferências de turnos, resguardando algumas particularidades, apresentam finalidades semelhantes, visto que se destinam a repassar para a equipe que está iniciando seu horário de trabalho o quadro clínico das crianças internadas, as situações pendentes, os exames solicitados ainda não realizados etc. Essa seria uma oportunidade de compartilhamento de práticas, porém, isso é desenvolvido de forma isolada e fragmentada, considerando que nem mesmo a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) compartilha a passagem de um mesmo plantão.

Essa prática compartimentalizada parece caracterizar a cultura hospitalar de uma forma geral. Nessa perspectiva, Yamamoto et al. (2009), em seu estudo sobre o processo de trabalho do enfermeiro em três unidades pediátricas, também identificaram uma prática fragmentada na passagem de plantão de enfermagem, uma vez que ocorre apenas entre os profissionais enfermeiros, sem a presença dos técnicos de enfermagem.

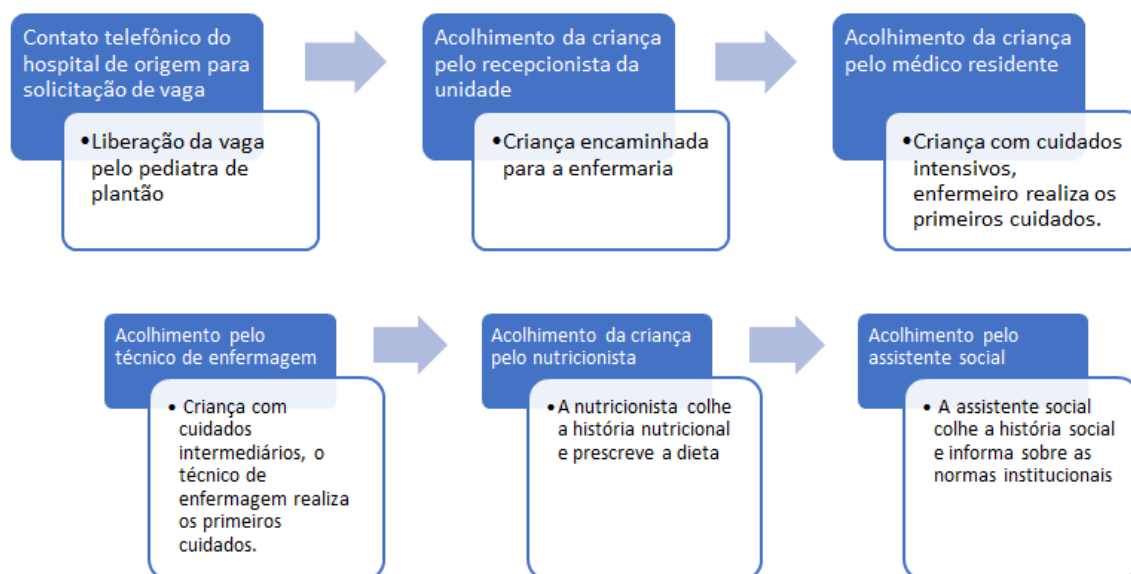
Quanto ao acolhimento à criança e sua família na unidade pediátrica, foi identificado, por meio da observação participante, o seguinte fluxo: a criança, acompanhada de um familiar, chega ao setor, referenciada de outra unidade. Isso se dá por meio de contato telefônico entre o médico da instituição de origem e o médico plantonista da unidade

pediátrica que, por sua vez, libera a vaga para internação da criança, com base nas condições clínicas descritas e na disponibilidade de leito na unidade. Em paralelo, informa ao enfermeiro sobre a previsão de chegada da criança para a organização do seu leito. Na sequência, essa criança é recebida pela recepcionista do Núcleo Administrativo, que preenche o guia de Autorização de Internamento Hospitalar (AIH), cadastra a criança no Sistema informacional, preenche a pulseira de identificação do paciente com nome e idade da criança, registro de internação hospitalar e número do leito de internação.

Após esse procedimento, a recepcionista encaminha a criança para a enfermaria, sendo esta recebida pelo médico ou pela equipe de enfermagem. Geralmente, o médico residente é o primeiro profissional a ter contato com essa criança, colhe sua história clínica, realiza exame físico, faz a prescrição e a evolução clínica da criança. Quando o paciente vem de UTI ou necessita de cuidados mais intensivos, em paralelo, a enfermeira é a primeira a entrar em contato com esse paciente e seu acompanhante para dar seguimento aos cuidados mais imediatos, à coleta de informação e ao exame físico para organização da história do paciente, bem como para o diagnóstico e a prescrição de enfermagem. Em crianças com necessidade de cuidados intermediários, o técnico de enfermagem é, geralmente, quem realiza os primeiros cuidados de enfermagem, conforme a orientação do enfermeiro e a prescrição médica.

Na sequência, outros profissionais vão interagindo com essa criança e seu familiar. A nutricionista vai ao leito colher a história e fazer a avaliação nutricional para prescrever a dieta da criança. Em seguida, dependendo da idade da criança, o acompanhante é encaminhado para o setor de serviço social, onde é colhida a história social da criança e o profissional informa as normas institucionais. Embora não se tenha visualizado, no ambiente da enfermaria, um protocolo voltado para o processo de acolhimento, a Figura 19 a seguir, apresenta um diagrama que o representa, em conformidade com a observação participante.

Figura 19 – Diagrama do processo de acolhimento à criança na unidade de internação pediátrica



Fonte: Autoria própria, 2018

Identifica-se um acolhimento multiprofissional junto a essas crianças e suas famílias mediante um processo fragmentado, com pouca interação interprofissional, ausência de práticas colaborativas, posto que cada profissional aborda, individualmente, a criança e sua família, em tempos diferentes, colhendo informações que muitas vezes se repetem. Se tais informações fossem colhidas de forma compartilhada, propiciaria a diminuição de esforços da equipe e de familiares em responder repetidas vezes às mesmas questões, ou de o paciente ser submetido mais de uma vez a exames físicos. As interações interprofissionais observadas relacionam-se à troca de informações sobre a liberação de dieta, solicitação de coleta de sangue, punção venosa para introdução de medicamentos, entre outros procedimentos.

A esse respeito, tanto os depoimentos quanto as observações realizadas permitiram à pesquisadora identificar a visita como um dos únicos mecanismos de gestão do cuidado compartilhado pela equipe da unidade naquele contexto. Essa visita ocorre diariamente na unidade, é liderada pelo pediatra diarista e conta com a participação de outros núcleos profissionais, como alunos, residentes médicos e multiprofissional. Porém, mesmo cada profissional reconhecendo a sua importância no processo de gestão do cuidado, nem todos participam integralmente.

Além disso, não se tem conhecimento da utilização de outros mecanismos compartilhados de gestão de cuidado, como, por exemplo, a construção coletiva de projetos terapêuticos singulares, a alta qualificada e reuniões multiprofissionais sistemáticas que, associadas às visitas, poderiam potencializar o trabalho em equipe, nortear a organização dos



processos de trabalho e favorecer a internalização de uma cultura voltada para o desenvolvimento de ações mais integrais, conforme evidenciado na fala seguinte.

[...] há um desejo, é como se houvesse uma intenção. Eu acho que há uma intenção de assumir. Mas eu acho que para que realmente ela (a gestão do cuidado) se institucionalize e vire algo cultural, a gente ainda precisa avançar em alguns pontos, para que se internalize mesmo, essa perspectiva. Precisa que elas (as ferramentas) sejam executadas para que você internalize a importância dessa gestão do cuidado como que isso está acontecendo ali, caso a caso. Acho que precisamos avançar ainda nesse quesito. Eu acho que a intenção, ela existe, mas acho que a gente ainda tem muito o que avançar (as19).

Nota-se a intenção de se desenvolver a gestão do cuidado ampliado, mas se percebe ainda a necessidade de se institucionalizar tal prática mediante o uso de ferramentas que propiciem a sua internalização. De acordo com o modelo de cultura de Schein (2010, p. 22), “a cultura de uma organização é estruturada em três níveis: os artefatos, valores de suporte e pressuposições básicas de suportes”.

Nessa perspectiva, os valores de suporte devem estar claramente definidos na cultura institucional para que possam constituir-se os artefatos e fundamentar a prática profissional. Diante disso, identificam-se, nas seguintes falas, os valores que pautam a atuação dos profissionais na unidade.

[...] minha prática [...] pauta-se no princípio da integralidade... eu não vejo apenas um órgão doente, mas uma pessoa que está inserida dentro de um contexto que precisa que se tenha esse olhar mais ampliado, até para se tomar algumas decisões para um tratamento que vai ser seguido, se a gente não tiver esse olhar ampliado, você pode ter todas as intenções, pensar tudo, mas ele não vai se efetivar na prática (as19).

[...] eu me fundamento no conhecimento do cuidado integral. Por que a gente não pode pensar no paciente só enquanto ele está internado. Tem que pensar o paciente no seu meio. Como está a convivência social dele? Onde ele mora? Quais são os determinantes sociais? [...] na alta, como ele vai sair de alta? Então acho que está faltando esse link. Essa contrarreferência, ele é referenciado para cá? [...] como ele vai ficar lá fora? Ele vai ter assistência no nível ambulatorial? Por exemplo, do médico tem essa referência e contra referência do paciente crônico, e dos outros profissionais será que tem? O nutricionista, ele entrou em contato com o nutricionista lá da cidade dele para saber como ele está sendo atendido? Ele vai ter condições de retornar aqui para o atendimento ambulatorial? Ele recebeu a alta também dos outros profissionais? Por que muitas vezes o médico dá alta, e não se preocupa que ele precisa de uma alta nutricional, de uma alta do serviço social, de uma alta de enfermagem. Então deu a alta agora de manhã, o paciente já vai embora à tarde sem essa orientação (nu1).

[...] é justamente por pensar que o indivíduo é um ser que é formado por processos, o médico, o psico, o social. Na verdade, é biopsicossocial. Ele é composto por n possibilidades, entendeu? Então cada um vai atuar dentro de sua área. Mas ao mesmo tempo, não individualmente, sempre conversando. Por exemplo, uma criança que vai fazer algum procedimento, uma gastrostomia, vamos supor, que é um procedimento invasivo, que tem uma mudança né? E aí vamos fazer? Mas espere aí. Calma. Que impacto isso vai ter no social dessa criança? No psíquico dessa criança?

Na vida? Enfim, no dia a dia dela?... vamos. Tudo bem, é necessário? Vamos conversar com essa família, vamos conversar primeiramente com a equipe, vamos conversar: como a gente vai passar isso para essa família? (ps7).

Os relatos apresentam uma preocupação voltada para o cuidado integral à medida que reconhecem as várias dimensões humanas e sua complexidade que envolvem desde o biológico até o social. Por isso, entende-se que, para dar conta dessa complexidade, é preciso integrar distintos núcleos profissionais, proporcionar o diálogo e a articulação dos seus saberes específicos e desenvolver uma atuação conjunta. Assim, a integralidade apresentou-se como um princípio básico para a atuação desses profissionais na gestão do cuidado considerando que demonstrou valorizar o encontro entre fazeres e saberes das distintas áreas e o reconhecimento da criança como um ser multidimensional (LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2010).

Na perspectiva do princípio da integralidade, identifica-se uma preocupação com o cuidado à criança com doença crônica para além do processo de internação. Nesse sentido, os profissionais expressam a necessidade de participar do planejamento da alta do paciente, em conjunto com o médico e com os demais núcleos de saberes, tanto no sentido de preparar a criança e seu acompanhante para continuar os cuidados em seus domicílios como no de referenciar o paciente na Rede de Atenção à Saúde ou garantir o seu acompanhamento em nível ambulatorial. Porém, para se vivenciar a integralidade no campo prático, é necessário abster-se de valores historicamente construídos sob a égide do paradigma mecanicista que influenciou o campo da saúde como hierarquia e compartimentalização do saber/fazer das categorias (BONALDI et al., 2010).

A alta hospitalar apresenta-se como um ponto essencial para a consolidação da integralidade do cuidado, especialmente quando se trata da atenção à criança com doença crônica. Dessa forma, a preparação para a alta configura-se numa ação interprofissional, visto que esse processo não se destina somente à liberação do paciente, mas envolve, sobretudo, a continuidade do cuidado a ser ofertado para além do ambiente hospitalar (SILVA; RAMOS, 2011).

Acredita-se também que, para cuidar ou gerir o cuidado, é preciso apropriar-se de valores humanitários, intrínsecos aos profissionais que se dedicam ao cuidado, conforme verbalizaram os entrevistados a seguir:

[...] quem cuida, no meu entendimento, tem que ter valores, [...] são valores que eu acredito culturais que você traz, muitas vezes, da família, e você aprimora à medida que você se capacita. Não adianta um cuidador que tem uma capacidade técnica muito boa, mas que não traz valores agregados que são valores humanitários, no

meu entendimento, não é um bom profissional, então ele não é um bom gestor do cuidado (me12).

[...] eu fundamento minha prática no valor da vida do ser humano é a importância que aquele ser humano tem naquele momento na vida quando passa por a gente, porque eu me vejo como um profissional que veio para servir, então é servir mesmo ao ser humano é a minha base de prática é essa, e soma-se aos conhecimentos e a responsabilidade que a enfermagem tem (en6).

Esses depoimentos refletem a associação do enfermeiro com a missão de “servir” que pode, culturalmente, estar relacionada à “filiação conventual” da prática da enfermagem, herdada secularmente da mulher consagrada, cujo cuidado esteve dedicado à nobre missão da caridade e da solidariedade humana. Assim, “servir os doentes tornou-se a base da prática da enfermagem, que em atenção a ele, passou-se a servir a instituição e aos seus representantes” (COLIÈRE, 1999, p. 79). Além dessa identificação com a prática de servir, os profissionais expressam a necessidade de assumir valores científicos e institucionais para nortear a sua prática, conforme se identifica no depoimento adiante:

[...] eu tenho meus valores, mas na hora que eu represento uma ciência, tem que está voltado aos valores da própria ciência. [...] quais são meus valores? Cuidar do paciente quando? Quando as necessidades humanas estão afetadas. Então, esses são os valores que eu trago né? E aí trago também outros valores que eu adquiri ao longo da minha carreira, né? [...] (en11).

Afirma-se que, na condição de representante de uma ciência, o profissional deve assumir valores da própria ciência. Destaca-se, dessa forma, uma valorização e o reconhecimento do cuidado como ciência, que se ocupa das necessidades humanas básicas. Afinal, os cuidados foram, ao longo da história, geradores de saberes advindos de várias culturas que culminaram em grandes descobertas científicas (COLLIÈRI, 2003). Revela-se, então, que os princípios basilares da atuação profissional constituem-se de valores individuais, profissionais e institucionais. Entretanto, no depoimento a seguir, ressalta-se a necessidade de a instituição definir e compartilhar os seus valores com os profissionais:

[...] eu pauto na vontade de melhorar a saúde do próximo [...]. Eu acho que, eu pauto nesse compromisso, eu tenho um compromisso comigo mesma de tentar prestar um atendimento e socorrer quando for uma urgência [...] os valores que eu pauto são valores pessoais e não institucionais, porque a instituição não me passou [...] eu não recebi o treinamento da instituição para ser funcionária daqui, eu não fui apresentada à equipe toda, eu fui conhecendo as enfermeiras, eu fui conhecendo os técnicos [...] (me13).

É preciso que os profissionais, além dos princípios individuais, apreendam filosofia, crença, valores e políticas institucionais para constituírem uma identidade cultural de acordo

com o contexto organizacional, a fim de lhes permitir práticas mais homogêneas que de fato representem a missão institucional. A esse respeito, entende-se que a interação entre os valores institucional, profissional e pessoal poderão convergir e fortalecer as pressuposições básicas de suporte da cultura organizacional e nortear o agir profissional.

Nessa perspectiva, Peixoto, Brito e Santana (2012), a partir dos achados de seu estudo em uma unidade pediátrica de um hospital universitário, evidenciaram a necessidade de se implementar, na instituição, políticas de pessoas baseadas nos valores organizacionais em todas as categorias profissionais e independentemente do vínculo empregatício. Essa política deve envolver a definição de perfil profissional alinhada aos valores institucionais e às competências profissionais esperadas para as funções e os cargos almejados serem aplicados desde o processo de recrutamento e seleção. Além disso, destaca-se o treinamento introdutório como uma importante prática na gestão de pessoas e, portanto, deve ser planejado com o objetivo de facilitar a internalização de valores institucionais e a integração dos profissionais à unidade (PEIXOTO; BRITO; SANTANA, 2012).

Diante disso, torna-se evidente a necessidade de a unidade, por meio de seus líderes, promover discussões e reflexões com a equipe multiprofissional em torno da missão e dos valores institucionais, compartilhar modelos de gestão do cuidado e pactuar a adoção de mecanismos que torne operacional a gestão do cuidado.

### **5.1.2 A visita como mecanismo para gestão do cuidado**

Define-se a gestão do cuidado em saúde, no âmbito de uma instituição hospitalar, por meio do estabelecimento de mecanismos e tecnologias disponíveis para propiciar a oferta do cuidado, coerente com as necessidades do usuário e com o projeto de cuidado que se deseja ofertar (CECÍLIO, 2011). Logo no início das observações, durante o período de imersão no campo, foi identificada a visita médica realizada, diariamente, na unidade, como mecanismo de gestão do cuidado adotado pela equipe da pediatria, embora não seja formalmente institucionalizado por meio de protocolo. Trata-se de uma visita geral realizada a todos os pacientes, cujo objetivo é discutir sobre a história clínica e epidemiológica de cada criança com a equipe em uma duração média de uma hora e trinta minutos.

A dinâmica consta de uma avaliação clínica pelos alunos de medicina e/ou residente médico sob a condução e orientação de um pediatra e com a participação da equipe multiprofissional. Caracteriza-se por apresentar um enfoque clínico, pautado na patologia, em exames diagnósticos e na conduta terapêutica. Entretanto, abordam-se também aspectos

relacionados às condições sociais e econômicas da criança, observando-se uma relação entre esses aspectos e o adoecimento, e a sua interface com a conduta terapêutica.

Durante o período da coleta de dados, foi possível participar de várias visitas, já que são realizadas diariamente no corredor da unidade e se constituem de dois tipos: uma geral, onde se discute sobre todos os pacientes; e outra conduzida pelas especialidades médicas (pneumologista, cardiologista, neurologista, gastroenterologista e outros especialistas), que vão à unidade discutir com os residentes médicos e plantonistas os casos relacionados a sua especialidade. Tais visitas se distinguem não somente pelo fato de uma envolver todos os pacientes e a outra focar em determinada especialidade, mas também por uma ter a participação da equipe multiprofissional e a outra acontecer internamente entre os pediatras.

A visita geral ocorre sempre no horário da manhã e no corredor da unidade, com a presença de maior número de profissionais e estudantes. Na ocasião, discutem-se questões diversas, mas o foco central é voltado para a investigação diagnóstica sempre presente nas discussões, talvez por se associar ao fato de fazer parte da rotina de um hospital universitário na qual a investigação diagnóstica torna-se bastante comum.

Também são bastante discutidas as condições clínicas dos pacientes para a alta hospitalar associadas à continuidade do cuidado no domicílio, e se refere ao momento em que o médico decide sobre a alta da criança. Nesse caso, mesmo que a decisão recaia sobre a figura do médico, permite a participação da equipe multiprofissional no sentido de esclarecer informações relevantes sobre a condição clínica ou social do paciente.

Em uma das visitas na qual houve a participação da pesquisadora, o médico solicitava informações sobre a lesão de uma criança. Na ocasião, a residente de enfermagem descreveu a evolução da ferida e a conduta de enfermagem diante do caso, levando o médico a decidir pelo adiamento da alta hospitalar. Assim, foi possível identificar a visita como facilitadora da gestão dos casos, conforme expõem as falas seguintes:

[...] é um momento que eu acho que ela (a visita) facilita muito a gestão do cuidado porque na hora que você vê uma equipe inteira debruçada sobre cada caso diariamente, é diariamente. Ele chega, o residente (médico) passa o caso, aí esse caso, o docente vai interpelar com ele, é isso e isso, que conduta você faria, vamos pensar juntos. Então, são várias contribuições, é um momento riquíssimo, eu acho que isso ajuda muito na gestão do cuidado. Se é uma dieta que não está correta, aí é colocado lá e a nutrição pode colocar, dizer o que é que ela acha, se pode mudar a sonda, se pode tirar. E a enfermagem também pode dizer. Eu observei isso ou isso não dá certo dessa forma que foi prescrito. Então, eu acho que essa ferramenta da pediatria é muito boa (en2).

[...] a sistemática da pediatria é um diferencial dos outros setores, por que têm essas visitas diárias, onde que os casos são passados leito a leito né? Todos os casos são

vistos diariamente e aí nós temos abertura para interagir com os demais profissionais [...] (fa5).

[...] eu acho que uma coisa de ponto positivo que a gente tem é ter a visita todo dia e isso eu acho que é uma forma de gerenciar esse cuidado porque como está todo mundo junto, a gente evita de tomar certas medidas que poderia pôr em risco o paciente. Mas pelo fato de todo o dia ter esse cuidado de passar a visita a equipe toda, eu acho que é uma forma de gerenciar esse cuidado, talvez pudesse ter outras formas, mas a princípio, eu acho que essa é a mais importante (fi10).

[...] na verdade, assim o momento de discussão que se tem aqui é durante a visita que é explanado e aí é multiprofissional (en6).

Os profissionais reconhecem a visita como ferramenta facilitadora para a gestão do cuidado, visto que possibilita o encontro entre os núcleos profissionais, a interação, a discussão e a contribuição de cada um sobre os casos apresentados. Eles ressaltam ainda que a visita é a oportunidade de a equipe multiprofissional se encontrar e discutir, definindo-se como a forma mais importante de gerenciar o cuidado. Parece ser um mecanismo que a equipe encontrou para partilhar o cuidado, reconhecido positivamente pelos profissionais por oportunizar a discussão coletiva sobre condutas e possibilitar tomadas de decisões que potencializem a segurança do paciente.

Além da função de discutir sobre o diagnóstico, avaliar o tratamento e decidir o momento da alta hospitalar, a visita também serve de palco para discussão acerca da assistência multiprofissional à criança em situação de terminalidade e uso de cuidados paliativos, a partir da necessidade dos casos que surgem, conforme se evidencia na fala seguinte:

[...] desde que eu cheguei aqui sentia muita falta, sempre falava bastante que se precisava conversar sobre isso, principalmente por que a gente vê por aqui doenças crônica, muitas más formações que, muitas vezes, vão a óbito e não é fechada qual é a síndrome. [...] uma grande clínica que a gente lida com os cuidados paliativos, é a nefrologia. Nós temos crianças que é doença crônica e a gente sabe que só tende a piorar, nós temos as pneumopatias, então a gente tem isso aqui, era uma coisa que não se falava, todo mundo sabe que vai morrer, todo mundo sabe que vai chegar o dia que aquela criança vai chegar muito ruim e não vai sair, mas ninguém conversava sobre isso, é como se a gente deixasse aquilo debaixo do tapete, e agora está surgindo a necessidade dessa discussão dentro da pediatria (en4).

Expõe-se a dificuldade que os profissionais apresentam de falar sobre temas relacionados à finitude humana, especialmente por tratar-se de crianças ou adolescentes, mas diante da necessidade premente de se discutir a temática, constatada nas primeiras visitas das quais a pesquisadora participou durante o trabalho de campo, identificando tratar-se de um desafio atual o cuidado multiprofissional à criança nessa condição. Tal questão levantou uma reflexão sobre a necessidade de os profissionais capacitarem-se para lidar com esse novo

cenário em cuidados paliativos. Nessa perspectiva, há uma necessidade emergente de constituir equipes que compartilhem dificuldades, responsabilidades e dilemas sobre a assistência ao paciente em fase terminal, especialmente por estarem inseridos em um hospital universitário, caracterizado por prestar a assistência especializada e de alta complexidade.

#### *5.1.2.1 A visita como ferramenta do exercício clínico do médico*

A visita é uma ferramenta incorporada à cultura médica como instrumento que norteia tanto a sua prática clínica quanto a formação do estudante de medicina. Por esse motivo, o médico aparece como o líder dessa prática e, para conduzi-la, utiliza o modelo clínico, centrado no saber biomédico, no diagnóstico e no tratamento das doenças (CAPRA, 1982). Pode-se dizer que se trata de uma ferramenta fundamental ao se considerar o contexto deste estudo, por ser um hospital universitário, cenário de formação multiprofissional, de assistência especializada e de alta complexidade que acolhe usuários cujas necessidades de saúde, na maioria das vezes, estão voltadas para o esclarecimento diagnóstico e para condutas terapêuticas complexas.

Do ponto de vista antropológico, associa-se a visita a um ritual pertencente ao sistema cultural de comunicação simbólica do profissional médico. Nesse sentido, os traços de ritual que parecem caracterizá-la é a formalidade da prática, a rigidez e a redundância, visto que se constitui de uma sequência ordenada, padronizada, repetitiva, sendo realizada diariamente nas enfermarias da pediatria e sempre com a presença hegemônica do médico (PEIRANO, 2003).

Dessa forma, durante as observações em torno da visita, a pesquisadora identificou que a presença do médico é prevalente entre os demais profissionais, de modo que não há visita se o médico que coordena o processo não estiver presente ou não houver definido previamente outro médico para substituí-lo. É fato, portanto, que a figura do médico aparece como imprescindível, conforme se observa no depoimento a seguir:

[...] a visita, [...] é praticamente diária, é raro não ocorrer, o médico que adoeceu, mas a rotina é praticamente ter todo dia. Essa visita é muito rica, inclusive, nos finais de semana e feriados a gente tem como se fosse uma mini, mas mesmo assim acho que já virou hábito realmente. Já está padronizado, então mesmo nos finais de semana, existe uma visita leito a leito, às vezes somente o pediatra, residente e os enfermeiros, mas ainda tem. Mesmo que ainda mais rápido, com as discussões mais pontuais porque é final de semana, não vai se resolver no final de semana encaminhamento de exames, mas mesmo assim já virou rotina, inclusive a gente percebe às vezes que quando o médico começa a visita dele, a gente também quer participar (en4).

A entrevistada reforça a importância da periodicidade diária da visita, tornando-se um “hábito”, pois somente deixa de acontecer em situações de força maior, como o adoecimento do médico impossibilitando-o de conduzi-la. Entretanto, mesmo reconhecida pelo modo próprio de fazer do médico, a visita já é identificada pelos outros profissionais como um potencial mecanismo de gestão do cuidado do qual eles sentem a necessidade em participar.

Corroborando as entrevistas, na observação participante, a pesquisadora pôde constatar que mesmo não havendo registro ou norma acerca da obrigatoriedade do médico na visita, em nenhuma ocasião elas aconteceram sem a sua presença, sendo esta sempre garantida, seja do plantonista, seja do diarista, enquanto os outros profissionais apresentaram frequência relativa, podendo ou não estar presentes.

Ressalta-se também não haver na unidade qualquer documento ou protocolo que descreva o processo de visita ou estabeleça a obrigatoriedade da participação de toda a equipe, nem mesmo uma definição que a caracterize como um instrumento que organiza os seus resultados, conforme expressam as falas a seguir:

[...] nós temos uma prática institucionalizada que é uma visita diária que o médico passa, o docente com o outro, são dois médicos, normalmente, que passam com os residentes, com os doutorandos, com enfermagem, com a nutrição, com quem quiser participar. A visita é aberta, nessa visita, se você não quer participar você não estar lá presente para discutir, mas ela é aberta (en2).

[...] não tem um protocolo formalizando porque já virou hábito, se fosse num outro setor seria uma mudança, a partir de agora é protocolo vai ter que passar a fazer (en4).

Conforme os depoimentos acima, a visita não foi formalmente institucionalizada por meio de protocolos, mas é uma prática habitual dos médicos que, continuamente, abre espaço e ganha a adesão da equipe multiprofissional, configurando-se num instrumento de extrema valia para a condução do cuidado, que pode ser incorporado pelas outras profissões e realizado numa perspectiva interdisciplinar. A esse respeito, a entrevistada a seguir reforça que:

A visita é institucionalizada, acontece diariamente, você passa, discute leito a leito, você discute, mas no final, quem vai tomar as decisões, é o médico, quem vai prevalecer, não é? E dependendo daquele profissional (médico), ele vai ouvir ou não a enfermagem né? Quando ele não ouve a enfermagem, ainda existe a esperança de rodar o plantão, para a gente argumentar [...] (en2).

Pode-se afirmar que a visita é considerada uma prática “institucionalizada” porque acontece diariamente. Contudo, mesmo com a participação de outros núcleos profissionais nas



discussões, prevalecem as decisões do médico. Quanto à escuta da opinião do enfermeiro, isso dependerá da postura individual do médico. A visita, como “um ritual” ou uma “ação” associada à prática médica, revela valores e representações próprias da profissão. Está destinada à gestão dos casos para tratamento e cura da criança e, muito embora venha avançando para a inclusão de outros núcleos de saberes, transmite ainda os próprios valores e conhecimentos da ciência médica e reproduz as relações sociais presentes no âmbito hospitalar (PEIRANO, 2003).

Em consonância, Cardoso e Hennington (2011) evidenciam, em sua pesquisa acerca do trabalho em equipe no âmbito hospitalar, que a participação dos profissionais de outras categorias nas reuniões clínicas da unidade estudada era considerada importante e suas ponderações eram escutadas, porém, a decisão final acabava sendo tomada pelo profissional médico. Dessa forma, o espaço para a participação da equipe multiprofissional era visto como cedido pelo médico e ocorria a partir de sua solicitação. Observa-se, assim, que mesmo diante de avanços na inclusão da equipe multiprofissional em reuniões clínicas das unidades hospitalares, perpetua-se ainda o modo de agir da cultura biomédica (MERHY, 2007).

De forma semelhante, neste estudo, alguns profissionais também demonstram enxergar pouco espaço para outras profissões intervirem nas discussões e apontam para a necessidade de estruturar melhor essa visita de forma a permitir a participação de todos os integrantes da equipe, conforme o depoimento seguinte:

[...] esses processos precisam ser estruturados melhor, né? Principalmente a visita, onde a equipe multiprofissional, a equipe médica, enfim fala, né? Teoricamente, tem que ser estruturada para discutir caso a caso, conversar. Só que o que eu percebo, ainda existe essa cultura muito do médico clínico. Então, essa visita acaba se tornando uma aula entre o médico intensivista e o doutorando e residentes, e acaba esse espaço para outras profissões não falando (ps7).

Reforça-se a necessidade de se repensar oportunidades de visitas numa perspectiva de efetivar a interprofissionalidade por meio da interação de saberes, com abertura de espaços de comunicação que permitam aos núcleos profissionais expressarem suas opiniões sobre a hospitalização da criança com vista a sua saúde integral. Pode-se, nesses momentos, estabelecer processos de partilha e cooperação para constituir de fato um agir em equipe (BONALDI et al., 2010).

O desenvolvimento de ações de planejamento estratégico, de gestão participativa nos serviços e de educação permanente pode ser estratégico para propor mudanças no padrão cultural da instituição e construir valores, hábitos e crenças indutoras de práticas interdisciplinares voltadas para o compartilhamento do cuidado (ROCHA et al., 2014).

### 5.1.2.2 A visita: potencial agregador da equipe multiprofissional

A visita médica, entre as suas variadas funções, pode ser vista como uma oportunidade de comunicação e discussão do plano terapêutico da criança entre os integrantes da equipe de saúde. Ao observar alguns desses momentos, constatamos que os profissionais da unidade acompanham a passagem da visita. Entretanto, na maioria das vezes, assumem uma posição de ouvinte, com poucas intervenções que, quando acontecem, são mais voltadas para o complemento de informações médicas, conforme evidenciado a seguir.

[...] já que é multidisciplinar teria que ter uma parte para o diarista (médico) falar, uma parte para a psicologia falar, uma parte para enfermeira falar, outra parte para o serviço social falar e aí sim uma passagem multidisciplinar se não desse para fazer isso todo dia, mas pelo menos duas vezes por semana e nos outros dias fosse do jeito que é porque realmente é a parte do diagnóstico. A gente precisa disso. Isso é uma ferramenta (me13).

[...] o momento da visita, eu acredito que é muito rico. Mas é aquela coisa, às vezes acaba sendo só a equipe, os doutorandos e o médico [...] as enfermeiras deviam estar mais próximas para discussão [...] pelo menos eu nunca vi o depoimento de uma enfermeira, que não fosse residente, entendeu? Que são as pessoas (as enfermeiras) que estão mais próximas, são elas que vivem constantemente com o paciente (ps7).

A partir desses depoimentos, percebe-se que a visita fica, em algumas situações, centrada na exposição dos estudantes de medicina e dos médicos, com pouca participação de outras categorias profissionais, inclusive da enfermeira que se encontra numa posição de mais proximidade com o paciente. Em consonância, Cardoso e Hennington (2011) evidenciaram em seu estudo que, durante as reuniões clínicas, eram raras as intervenções espontâneas dos profissionais não médicos nas discussões e que essas intervenções, em sua maioria, restringiam-se a responder informações solicitadas pelos médicos.

Acredita-se que essas visitas podem se configurar de fato como interdisciplinares quando promovem o exercício interprofissional à medida que a equipe passar a ter um envolvimento mais efetivo por meio de uma comunicação sistemática de cada integrante sobre o cuidado ao paciente. Do contrário, torna-se uma forma de aglutinamento de vários núcleos profissionais em torno dos casos.

[...] esse diarista que vem, o que eu vejo é ele discutindo os casos com os residentes e o pessoal da residência multidisciplinar realmente está presente, mas assim... eles às vezes falam, mas eu não vejo como uma coisa protocolada, eu vejo por interesse deles mesmos, por compromisso deles de acharem que tem alguma informação importante e colocar durante a visita. Mas não existe um protocolo e eu acho que fica muito autocentrada no médico diarista. Então, não fica uma coisa multidisciplinar, porque até para o médico plantonista, que sou eu, a gente fica meio como expectador e os outros membros da equipe, fisioterapia, farmácia, isso é a impressão que eu tenho [...] (me13).

[...] essa reunião (visita) tem todos os dias. Alguns preceptores participam, mas outros é o residente. Então, eu identifico o residente [...]. Não identifico a preceptoria, e a enfermagem também, às vezes está o residente e não estamos nós, pela cobrança [...] mas sempre que pode a gente está lá. Eu sou uma que sempre está lá. [...] a ausência da gente pode inclusive atrapalhar, a nossa presença pode ajudar, porque às vezes tem algum andamento na gestão do cuidado àquele paciente que a enfermagem está ciente naquele momento, mas não estava na visita, e a visita fica lá com uma discussão e você não está lá pra dizer: “ah foi isso que aconteceu”, né? Porque você está mais próximo do paciente (en4).

Corroborando as falas anteriores, reforça-se a assiduidade de residentes, médicos e multiprofissional nas reuniões ocasionadas pela visita. Porém, percebe-se que a intervenção dos residentes multiprofissionais nas discussões ainda é pouco frequente, e se relacionam mais ao compromisso pessoal de fornecer ou de escutar informações importantes.

Ainda sobre isso, uma das falas fez referência a não identificar de forma sistemática a participação da preceptoria multiprofissional, entre elas, por exemplo, o enfermeiro preceptor que às vezes não consegue se fazer presente em razão das cobranças do setor de trabalho. Dessa forma, a pouca intervenção dos residentes multiprofissionais durante as visitas pode estar associada a pouca participação dos preceptores que são as suas referências profissionais naquele ambiente.

Nessa perspectiva, há, no momento, uma atuação multiprofissional em torno da visita à criança. Apesar disso, essa visita ainda necessita de uma reestruturação e articulação entre os núcleos de saberes, sendo possível reorganizá-la, de forma interprofissional, como promotora da interação entre os núcleos de saberes e do desenvolvimento de habilidades e atitudes para o trabalho em equipe (ARAÚJO; VASCONCELOS, 2017).

Destaca-se, então, um potencial para avançar na formatação das visitas por meio da criação de ambientes com mais conforto e privacidade, além do incremento de outros mecanismos que potencializem as discussões e a atuação interprofissional, conforme expõe o seguinte entrevistado:

[...] eu acho que a gente pode avançar nas visitas multiprofissionais tendo um ambiente mais propício no sentido de que seja um ambiente mais reservado para que não sofra tantas interferências externas com relação a barulho e impedimentos de circulação. Podemos também melhorar na questão do conforto porque são visitas extensas e todos os envolvidos ficam em pé do início ao fim [...] acho que a gente pode estar promovendo mais apresentações de casos clínicos mais detalhados e que envolvam uma maior participação dos residentes e demais profissões (fa5).

É bem verdade que atualmente as visitas médicas acontecem em ambiente aberto, localizado no corredor do hospital, espaço de passagem de pacientes, acompanhantes e de

outros profissionais, ocasionando frequentes interferências e interrupções externas, tendo em vista não ser um ambiente adequado ao tratamento de questões mais sigilosas. Nesse sentido, a participante destaca uma oportunidade de melhorar essa logística a partir da definição de ambiente mais reservado, especialmente, por ela representar uma importante ferramenta de gestão do cuidado, como reforçam os colaboradores da pesquisa:

[...] hoje a visita é fantástica na questão da gestão do cuidado, é uma oportunidade que tem de se discutir. Então eu acho assim, que a gente tem esse outro ponto forte só precisa talvez gerar uma evidência por que hoje cada um volta-se registrando suas partes, e aí talvez fosse melhor para um trabalho futuro um instrumento único que a gente pudesse registrar (en11).

[...] a gente tem conseguido bem, de sempre passar a visita todo dia, sempre se integrar com os profissionais, talvez falte um instrumento que a gente possa obter resultados. Que poderia facilitar para que todo mundo tivesse acesso, mas a gente tem conseguido bem fazer esses cuidados (fi10).

[...] de forma geral, as visitas multiprofissionais são ferramentas fantásticas da gestão do cuidado, mas a gente pode voltar a ter práticas que a gente sempre teve de discussões multiprofissionais, de casos clínicos junto com a residência, envolvendo os residentes de uma forma geral, os médicos e os multiprofissionais, que sempre são reuniões muito ricas, muito importantes. Quebraram um pouco esse ano, mas até o ano passado a gente fazia reuniões e temos feito, mas não de forma sistemática, elas precisam voltar a ser uma temática sistematizada pela unidade (me12).

Entende-se, portanto, haver um reconhecimento em torno da visita como “multiprofissional”, mas que tem seus registros voltados para as partes isoladas de cada profissão. Multiprofissionalidade se refere à justaposição de disciplinas que se caracteriza pela fragmentação do cuidado e se diferencia da interdisciplinaridade à medida que esta avança para a noção do trabalho em equipe (ARAÚJO; VASCONCELOS, 2017).

Portanto, há a necessidade de um instrumento único que consolide os registros dos resultados obtidos nas discussões da equipe durante a visita, além da importância de se adotar outros mecanismos de discussão, como as reuniões clínicas, que é uma ferramenta adotada pelos programas de residências médica e multiprofissional que, por sinal, não está acontecendo com a participação sistemática dos profissionais da unidade. As discussões de caso clínico podem ser institucionalizadas pela unidade e incorporadas aos programas de residência, formalizando, assim, a participação efetiva dos preceptores.

Não há dúvida de que a sistemática utilizada na visita médica diária, caso a caso, caracteriza sobremaneira a unidade pediátrica e a diferencia de outros setores do hospital. Porém, acredita-se que outras ferramentas possam ser utilizadas para se gerir o cuidado em equipe. Nesse sentido, aponta-se outra ferramenta que pode potencializar a interação, o diálogo e o compartilhamento de saberes e práticas, sendo referente ao Projeto Terapêutico

Singular. Trata-se de uma discussão prospectiva de uma determinada situação e/ou caso a ser desenvolvido pelos núcleos profissionais envolvidos de forma integrada, considerando as necessidades do usuário (ARAÚJO; VASCONCELOS, 2017).

Além da ênfase descrita sobre a visita médica como ferramenta de gestão do cuidado, a fala a seguir destaca o hospital como um cenário de formação de profissionais da área de saúde considerando que é unidade executora de programas de residência médica e multiprofissional, assumindo uma missão de integrar a assistência, o ensino e a pesquisa, conforme apresentado a seguir.

[...] como eu faço ambulatório e como eu faço ensino eu não consigo dissociar [...] na medida em que, eu oriento um residente, um aluno, eu estou fazendo gestão do cuidado por que ele vai entender que ele seguiu um protocolo clínico, ele vai ajudar na saúde daquela criança ao mesmo tempo. Eu não posso só mostrar o protocolo clínico, ele precisa me ver atender para saber como é. E eu preciso saber se eu estou sendo “modelo” no atendimento, mostrar como é importante o cuidado humanizado, a valorização do paciente acima de tudo, a visão multiprofissional que eu tenho que ter daquele cuidado. O paciente vai precisar ter um acolhimento de outras especialidades, encaminhamentos. Eu preciso entender o contexto onde aquele doente está inserido, então eu acho que a gente sempre aprende, a gestão do cuidado ela é feita em todas as nossas práticas (me12).

Segundo essa entrevistada, por tratar-se de um hospital universitário, as ações assistenciais estão muito relacionadas às de ensino, de forma que o profissional não consegue dissociá-las. Assim, ela compreende que a presença da gestão do cuidado está tanto no âmbito assistencial quanto no da formação, visto que, ao praticá-la, o profissional torna-se um referencial para o aluno e para o residente, contribuindo na construção das competências profissionais voltadas para o cuidado humanizado, para o trabalho em equipe e para a atenção centrada no paciente.

Ademais, o fato de ser um hospital universitário, com objetivos principais de aprendizagem, é de fundamental importância avançar nas discussões sobre a organização da gestão do cuidado numa perspectiva integral para a adoção de mecanismos que potencializem o exercício da interprofissionalidade e possibilitem a educação interprofissional. Entretanto, uma mudança dessa natureza implica o desenvolvimento de novos padrões, valores e de uma nova cultura para o contexto de gestão dessa unidade em questão, mesmo diante das recentes transformações dessa estrutura organizacional, acompanhada pela influência dos modelos tradicionais de administração (ROCHA et al., 2014). Para essas transformações ser efetivadas, torna-se necessário o compartilhamento de valores, crenças e o amadurecimento de pressuposições básicas de suporte entre os profissionais que compõem o hospital.

## 5.2 Atuação do Enfermeiro na Gestão do Cuidado

Entende-se a gestão do cuidado em enfermagem “como a articulação e integração entre ações cuidativas e gerenciais, mediante o exercício de liderança, relações interativas, comunicativas e cooperativas assumidas pelo enfermeiro para com a equipe de enfermagem, profissionais de saúde e usuário” (MORORÓ et al., 2017, p. 328). Isso envolve uma relação dialética entre o saber-fazer gerenciar e o saber-fazer cuidar e deve ter como foco as necessidades do ser humano (KOERICH et al., 2015; CHRISTOVAM; PORTO, 2012).

Dessa forma, para compreender a gestão do cuidado do enfermeiro à criança com doença crônica na unidade hospitalar, parte-se da própria concepção do profissional sobre o fenômeno. Nesse sentido, entende-se que as estruturas conceituais e os significados simbólicos dão suporte à instrumentalização da atuação prática (GERTZ, 1983), possibilitando se relacionar aos significados de gestão das enfermeiras, conforme destacam as entrevistadas.

[...] são ações desenvolvidas [...] visando a melhoria do desenvolvimento do setor ou de uma enfermagem e são pessoas que os outros componentes do grupo tem como referência (en3).

[...] é a parte de organização realmente do nosso serviço para planejamento do cuidado do paciente né? por exemplo, eu recebo o plantão e vou avaliando quais são as prioridades, se tem alguma coisa mais urgente de se fazer para poder planejar como vai ser, como eu vou iniciar o meu turno de trabalho e a partir daí eu vou gerenciando as demandas, eu vou atentando para as questões de exames, de procedimentos (en8).

[...] é pensar em tudo que envolve o paciente, tudo que está em torno dessa assistência, desde a chegada ao desenrolar da assistência até a saída. É pensar no processo como o todo (en2).

[...] é uma coisa bem ampla desde a regulação, englobando as linhas de cuidados, a atenção básica, média e alta complexidade [...] para que a gente tenha o caminho do cidadão para ter acesso à saúde, aos serviços, a exames e à prevenção. Desde a prevenção, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos também se for o caso (en4).

[...] significa ver o paciente ao todo né? o que ele traz de quadro que ele está apresentando no momento e como a gente pode trabalhar e o que ele vai precisar no futuro, não é só o paciente aqui na internação propriamente dita. Aí esse quadro de gestão passa pela a gente de enfermagem, comunicação com a equipe médica e abrange toda a equipe multidisciplinar, que é o que a criança pode precisar (en6).

Percebe-se, nessas falas, uma diversidade de olhares sobre a gestão do cuidado. Desde uma associação à melhoria do desenvolvimento de um determinado setor até um entendimento mais ampliado, à medida que relaciona a gestão ao percurso do usuário em todos os níveis de complexidade. Algumas demonstram uma compreensão limitada no que diz

respeito ao âmbito institucional; e outras trazem uma concepção sistêmica, ao considerar o itinerário do usuário na rede e a atuação multiprofissional para a gestão do cuidado. Essa noção fragmentada e limitada ao espaço assistencial pode estar relacionada à influência de uma cultura hospitalocêntrica que dominou e ainda prevalece nas organizações dos serviços de saúde (MENDES, 2011).

Embora se revele uma tendência de superação da gestão do cuidado numa perspectiva fragmentada para uma prática de gestão mais integral, com foco nas necessidades do usuário, não apenas as imediatas mas também aquelas que vão além da internação hospitalar, tais ações exigem do enfermeiro a articulação com a Rede de Atenção à Saúde e relações interativas entre as dimensões do seu processo de trabalho no cuidar, no educar, no gerenciar e no investigar (PROSHNOW; LEITE; ERDMAN, 2005). Nesse sentido, a observação participante permitiu visualizar a atuação do enfermeiro nesse processo.

Como exemplo, cita-se a existência, no setor de internação pediátrica, de uma definição de atribuições de cuidado entre o técnico de enfermagem e o enfermeiro, de modo que o técnico realiza ações menos complexas, relacionadas à higiene, à administração de dieta, à punção venosa, ao preparo e à administração de medicamentos e aspiração de vias aéreas superiores. Já o enfermeiro, além das atividades gerenciais referentes à supervisão da equipe de enfermagem e ao provimento de insumos para o cuidado à criança, assume ações mais complexas, quais sejam: cuidados com as lesões, administração de sondas, administração de plasmas e de determinados medicamentos, como é o caso do ganciclovir, além de assistir diretamente o paciente grave.

Dessa forma, identifica-se uma organização do processo de trabalho em enfermagem centrada na divisão do trabalho, possivelmente em consequência da influência do modelo taylorista sobre a função gerencial do enfermeiro que se propagou nos serviços de saúde desde o início do século XX (PAIVA, 2010). Apesar disso, visualizou-se uma aproximação do enfermeiro com a prática do cuidado que delineia o seu perfil assistencial.

[...] vejo o enfermeiro muito comprometido. [...] a maioria é muito assistencial. Então, a gente costuma muito ir à beira do leito mesmo. Se é para passar a sonda, a gente está passando sonda; se é para fazer curativo, está fazendo curativo (en2).

[...] em primeiro lugar, eu acho que a base da nossa profissão é trabalhar o cuidado. Então, a gente lida com o cuidado diretamente. Eu acredito que a gente, não desmerecendo nenhuma das profissões, porque cada uma tem papel de cuidar numa visão diferente, mas a gente lida muito diretamente ao cuidado com o paciente. Então, a gente tem uma participação fundamental. Cada um, claro, com suas demais profissões, com seus olhares, com suas visões, mas como a gente está 24h com o paciente, muito depende da gente [...] eu acho que a gente tem que ter essa gestão do cuidado muito bem-feita, porque depende muito da gente a aplicação de muita coisa (en14).

Corroborando a observação, os enfermeiros, em seus depoimentos, geralmente se autodescrevem um profissional assistencial que vai à beira do leito tanto para interagir com a criança e seu acompanhante – a fim de colher informações necessárias para realizar o histórico e a evolução de enfermagem – quanto para vivenciar diretamente o processo de cuidar, visto que compreende ser a base da profissão.

Sabe-se que é por meio dos atributos da gestão do cuidado em enfermagem – definidos como liderança, interação, comunicação, tomada de decisão e cooperação – que o enfermeiro consegue atuar para o alcance desse objetivo (MORORÓ et al., 2017). Na realidade observada, a pesquisadora identificou que o profissional enfermeiro busca, em sua prática, a interação sistemática com a criança e seu responsável. Para isso, realiza, em todos os turnos de trabalho, uma visita diária aos pacientes, guiada por um instrumento, previamente elaborado, que o aproxima da criança e do seu acompanhante para conhecer suas necessidades e suas histórias de vida.

Além disso, a enfermeira reconhece que a sua atuação na gestão do cuidado à criança com doença crônica ocorre em situações em que ela estabelece relações cooperativas com a equipe multiprofissional, conforme destacado a seguir:

[...] participo da gestão do cuidado quando estou ali junto à equipe discutindo a melhor forma para cuidar daquela criança. Então está todo mundo ali (pensando), se debruçando, estudando a melhor maneira de dar andamento ao seguimento da criança, tratamento e o cuidado (en4).

[...] a todo momento, acho que a gente trabalha a gestão do cuidado, a questão da visita multidisciplinar, a priorização de qual cuidado a gente vai dar a esse paciente, quais são as minhas prioridades, o que que eu preciso, qual paciente precisa de mais cuidado [...] eu vejo essa tendência de tentar ser multiprofissional, ter uma comunicação com outras profissões, a própria enfermagem, essa disposição pra melhorar o serviço como o todo e eu acho que entra na gestão do cuidado (en14).

Relaciona-se gestão do cuidado à discussão interprofissional para se buscar a melhor forma de cuidar, numa perspectiva de dar seguimento a ele, reconhecendo-o como uma ação transversal a toda atuação do enfermeiro, além de evidenciar a importância da comunicação nesse processo. A visita é identificada como o principal mecanismo utilizado pela equipe da unidade para discutir e compartilhar o cuidado. Por esse motivo, dá-se destaque à importância de o enfermeiro estar presente nessas ocasiões.

Porém, observa-se uma dificuldade prática da participação do enfermeiro, visto que a sua presença nas visitas ainda é uma iniciativa individual que, na maioria das vezes, encontra-



se condicionada à dinâmica da unidade, conforme se identificou através da observação participante, reafirmada a seguir:

[...] as visitas multiprofissionais quando dá, a gente participa, o enfermeiro participa. Nesses últimos tempos, está dando, porque tem menos pacientes. A escala está com um número melhor de enfermeiro nos últimos dois meses e isso favorece a gente, a uma ou outra participar, não todas, porque tem sempre que ficar alguma enfermeira ali na assistência. O telefone toca direto e sempre é a enfermeira. Então, assim, nem sempre dá para participar. Eu vejo que as visitas da equipe multiprofissional estão desfalcadas, digamos assim, precisa ter uma cobertura maior dos vários profissionais né, e nas vezes que estamos todos presentes a visita é diferenciada (en16).

A partir do que a enfermeira destaca, ela condiciona a sua disponibilidade para as visitas à estrutura do setor. Se o ambiente está “calmo” e se dispõe de um dimensionamento mais adequado, torna-se possível participar. Porém, em situações de maior agitação, ela não consegue se fazer presente. Há ainda uma ressalva sobre a sua posição central na unidade, pois sempre que uma das enfermeiras sai para a visita, mesmo ela acontecendo no corredor, ainda é preciso deixar outra no setor para atender as demandas do serviço, visto que o enfermeiro é frequentemente solicitado.

Nesse contexto, observa-se a influência do sistema cultural e organizacional da unidade sob os atributos de comunicação e interação interprofissional, essenciais para a prática colaborativa no cuidado à saúde. Nessa direção, Waldow (2014) ressalta as implicações da cultura organizacional de saúde para as práticas do cuidado colaborativo e destaca a importância do enfermeiro como integrador nas instâncias do trabalho nas instituições de saúde com base na liderança, na comunicação e na confiança.

Reafirma-se, assim, a importância do enfermeiro nesses momentos de interação interprofissional, considerando que, como coordenador das atividades terapêuticas e das ações de cuidado ofertadas pela equipe de enfermagem, torna-se figura central no desenvolvimento de um trabalho colaborativo (WALDOW, 2014). Nesse sentido, a fala seguinte destaca a necessidade de se modificar a logística das visitas para facilitar a participação do enfermeiro e dos demais integrantes da equipe multiprofissional.

[...] a visita tem que ser realmente multiprofissional e não só médica, eu acho que mudando isso aí já melhora muita coisa porque passa a ter vários profissionais discutindo em conjunto. Nós mesmos da enfermagem, às vezes a gente espera eles terminarem de falar e, quando eles terminam, a gente diz “não, o curativo está assim e assim, a lesão está assim e assim, não teve melhora mesmo com o antibiótico”. Quando tem essa interação, essa conexão melhora muito [...] eu acho que tem que melhorar essa logística. [...]. Tem que ser multiprofissional, mas ao meu olhar, está sendo médica. às vezes a gente até se restringe a falar pela presença soberana do profissional médico e isso às vezes dificulta a gente falar, interferir e ser mal vista, [...] mas no que dá, a gente interfere e tá dando certo, tem que ter a participação dos

demais profissionais, realmente a visita deveria deixar de ser apenas uma discussão de mudança de diagnóstico e de prescrição médica para ser uma visita multiprofissional (en16).

Esse depoimento revela uma participação assimétrica da equipe multiprofissional nas visitas, à medida que expressa uma dificuldade do enfermeiro intervir, nessas ocasiões, em razão da presença soberana do profissional médico que o deixa receoso em expor suas opiniões e ser mal visto. Destaca-se, ainda, a necessidade de tornar essas visitas de fato com caráter interprofissional, como um aspecto central para se estabelecer uma melhor comunicação e interação entre a equipe. Nesse sentido, torna-se explícito um posicionamento crítico do enfermeiro sobre a forma de organização da visita face ao desejo de romper com os padrões instituídos na unidade e abrir novas possibilidades de interação interprofissional (PROSHNOW; LEITE; ERDMAN, 2005). Sobretudo, evidencia-se que a efetiva participação do enfermeiro nesses espaços de discussão interprofissional exige dele a instrumentalização e o empoderamento do processo assistencial e gerencial.

### **5.2.1 O enfermeiro como mediador/articulador da gestão do cuidado**

O trabalho do enfermeiro envolve, essencialmente, duas dimensões interdependentes e complementares entre si: o cuidar e o gerenciar. No gerenciamento, a finalidade de atuação do enfermeiro passa a ser a organização do trabalho e de recursos humanos de enfermagem a fim de criar e implementar as condições adequadas para a produção do cuidado (SENNA et al., 2014). Nesse sentido, durante o seu exercício na gestão do cuidado, a enfermeira se identifica como mediadora entre as várias categorias profissionais, conforme menciona a seguir:

[...] acaba que o enfermeiro faz o link do que o médico solicitou com o laboratório, com a farmácia, com a questão de provisão de medicamentos, de insumos, de nutrição. Então, quando às vezes é solicitado um parecer e o enfermeiro é quem faz esse link também, não só em relação as especialidades, mas em relação, por exemplo, à psicologia, ao serviço social (en8).

A enfermeira se autorreferencia figura central na relação de intermediação entre o profissional médico e os demais integrantes da equipe multiprofissional de saúde para prover as condições materiais de organização do processo assistencial. O seu discurso parece demonstrar a perpetuação e a reprodução histórica e social da ideiação do enfermeiro como organizador do serviço, que o condicionou a se identificar, culturalmente, como o

administrador não apenas do cuidado, mas também da unidade (PROSHNOW; LEITE; ERDMAN, 2005).

Dessa forma, durante o período de observação, foi possível a pesquisadora vivenciar diversas situações em que o enfermeiro se apresentou como mediador entre o médico, a equipe e o paciente; desde situações voltadas para viabilizar pareceres de especialistas até para intermediar solicitações entre os profissionais da própria equipe. Como exemplo, houve um caso de uma criança recém-admitida cuja acompanhante acabava de sair da sala do serviço social procurando pela enfermeira, portando um documento sobre a autorização de sua alimentação na unidade, devido a sua permanência para acompanhar uma criança com menos de seis meses de idade. Por ser abordada, a pesquisadora verificou que, a pedido da assistente social, a acompanhante solicitava que a enfermeira entrasse em contato com a nutricionista para garantir a alimentação dessa acompanhante no leito. Diante dessa e de outras situações vivenciadas, pareceu que a equipe, de uma forma geral, reconhece o enfermeiro como mediador de todas as questões relacionadas ao cuidado da criança. Dessa maneira, o enfermeiro se vê como “gestor” na organização do cuidado e na articulação com as várias categorias profissionais.

[...] quando a gente pensa que está num serviço, que a gente tem residente, tem que dar atenção ao residente, tem que dar atenção ao paciente, tem que dar atenção direta ao paciente, tem que organizar essa assistência no dia a dia, no decorrer do serviço, você tem que organizar para ver se tudo se encaixa, se tudo dá certo. Então, nesse momento, a gente é gestor, não só presta a assistência direta, mas até chegar a assistência direta tem um caminho a percorrer e esse caminho é a através da gestão, que a gente tenta trabalhar isso aí, as questões das atribuições de quem faz o que. Então a gente trabalha [...] eu pelo menos me vejo como gestora nesse momento de organização do cuidado, da assistência e de lidar com as várias categorias, porque a gente tem os clientes internos, a nutrição, a psicologia, a recepção [...] a gente tem que atender laboratório e todos os outros serviços e estar atento a tudo isso. Por exemplo, hoje a gente organizou o serviço e fica um colega na parte de administração, resolvendo todos esses problemas que aparecem e os demais colegas ficam na assistência direta vão passar a visita, ver o paciente. E a gente cada dia se organiza, porque dependendo do quantitativo de pessoal naquele dia é que a gente faz a organização do serviço. Então, nesse momento, a gente se vê como gestor [...] (en13).

[...] já tentamos por várias vezes, eu sei que é todo mundo de acordo, mas a gente não consegue executar, é deixar uma enfermeira na burocracia ali e as demais na assistência. A gente não está conseguindo executar isso aí. Então, é como se estivesse faltando um elo, uma mola para dar andamento. Tudo é programado, mas a gente não consegue executar, então deixa assim uma dificuldade para gestão. A gestão fica com uma falha. Exatamente por que a gente não consegue executar isso aí. E acaba que às vezes todo mundo, três enfermeiras, fazendo a mesma coisa, enquanto tem outras coisas pendentes (en3).

[...] tem as dificuldades do processo de trabalho em si [...] tipo assim, tem quatro enfermeiros, um fica no posto e os três ficam na assistência. Então isso era uma dificuldade que a gente tinha e agora está delegando a uma pessoa (enfermeira) que vai ficar no posto com as atribuições burocráticas e até como suporte extra dos

enfermeiros que vão estar diretamente na assistência. Então isso era uma dificuldade que já está sendo sanada (en6).

Face ao exposto, os relatos expressam a necessidade de os enfermeiros, diariamente, organizarem o seu trabalho de forma a dividir as ações gerenciais das assistenciais e disponibilizar um profissional voltado exclusivamente para atender as demandas administrativas do setor, o que implica o dimensionamento desse profissional. Dessa forma, espera-se melhorar o processo de gestão que, em face de sua complexidade, torna difícil um mesmo profissional desenvolver, simultaneamente, ações gerenciais e assistenciais, levando a separá-las à medida que considera “gestor” aquele que vai organizar o serviço, resolver os problemas que aparecem e se relacionar com todas as categorias profissionais.

Estudo semelhante, realizado por Lanzoni et al. (2015), revela haver uma tendência do enfermeiro em fragmentar o seu processo de trabalho, por meio da divisão entre as tarefas gerenciais e as que envolvem o cuidado direto ao paciente. Isso demonstra as práticas administrativas do enfermeiro tendentes a se distanciar progressivamente do cuidado de enfermagem em detrimento, de uma aproximação com as expectativas institucionais (MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011).

A posição do enfermeiro como organizador da unidade, conforme observado, é reafirmada pela equipe multiprofissional que acredita ser ele o responsável pela “administração do setor”, o que pode ser comprovado pelos depoimentos a seguir:

[...] acho que o enfermeiro [...] talvez fosse o organizador. Ele se envolve em tudo [...] ele está mais perto do paciente que o médico, sente mais os problemas e as necessidades até para transmitir para o médico assistente a necessidade daquele paciente. Talvez seja uma ponte maior entre o paciente e o médico (me15).

[...] eu vejo que o enfermeiro está mais ligado a essa parte de gestão do cuidado. Por que é o enfermeiro quem administra. Se é o exame, se é a medicação, se é o cuidado de higiene do paciente, de alimentação. Então, é ele quem está envolvido nisso aí. É ele que resolve. Que geri tudo que é feito para o paciente [...]. Eu vejo o enfermeiro dessa forma. Um exemplo, hoje eu fui procurar o enfermeiro que tinha uma balança quebrada. Então, eu imaginei que quem é o responsável pela administração, quem faz tudo isso é o enfermeiro. Eu acredito que seja assim. Mas, é o que justamente falta aqui, é essa comunicação, é essa discussão do papel de cada um (nu1).

Embora as falas expressem a necessidade de comunicação entre a equipe para um melhor esclarecimento de suas funções, os profissionais das distintas categorias associam diretamente a gestão do cuidado ao trabalho do enfermeiro em razão de sua proximidade ao paciente. Com isso, é atribuída a esse profissional uma responsabilidade para além de gestor do cuidado, à medida que o relaciona à organização do setor e ao provimento das condições dos profissionais de saúde para exercerem suas práticas.

Alguns o veem como elo entre o médico e o paciente; outros acreditam ser ele o “administrador da unidade”, refletindo a cultura organizacional, denominada por Geertz (1989) como as “teias de significados”, nas quais o próprio homem tece e se mantém a elas amarrado. Tendo isso em vista, essa posição de destaque do enfermeiro entre as categorias profissionais parece fortalecer o seu reconhecimento como central na gestão do cuidado em saúde.

[...] eu acho que o enfermeiro, com relação à gestão do cuidado, é uma ponte entre todas as outras categorias (en8).

[...] não que as outras categorias não façam. Mas se tivesse um elemento de sustentação dessa gestão do cuidado para o paciente crônico, seria o enfermeiro. Pois é quem o usuário e a família recorrem. Mesmo que essa pessoa não seja nominada, ela é reconhecida como tal. Então, o cliente interno, que seja o farmacêutico, que seja o médico, que seja o residente, é ao enfermeiro que eles procuram. E o cliente externo também, porque a família, o paciente, eles sempre vão atrás de nós, enfermeiros, para saber o que vão fazer a partir dali, como é que ele vai para casa, como vai fazer aquela bombinha. [...]. Então, o enfermeiro de fato é fundamental na gestão do cuidado para as nossas crianças né? Eu entendo que ele é o articulador dessa situação (en11).

Os depoimentos apontam tanto para o enfermeiro como elemento de sustentação de toda situação do cuidado – visto ser constantemente requisitado pelo paciente e por sua família – quanto para uma posição de ponte entre as diversas categorias profissionais que ele denomina como “cliente interno”. Para o entrevistado, esse fato o leva a ser reconhecido como gestor do cuidado. Entretanto, os entrevistados a seguir dão essa atribuição de destaque para o enfermeiro na gestão do cuidado devido a sua proximidade com o paciente nos processos de acolhimento, educação e cuidado. Senão vejamos:

[...] o enfermeiro, eu acredito é o que mais participa dessa parte do gerenciamento, né? Ele está sempre ali gerenciando os pacientes e aqui eles estão sempre bem presentes, sempre escuta o que a gente tem a falar, sempre está ali presente, tanto o enfermeiro quanto o técnico (fi10).

[...] o enfermeiro, na realidade, eu considero uma peça chave porque ele é a porta de entrada, seja na atenção ao paciente hospitalizado, seja no ambulatório [...]. Ele precisa ter consciência desse papel, porque é ele quem acolhe o paciente, na maioria das vezes, no ambulatório, em vários programas, ele tem esse papel de educador, de acolhedor, de cuidador [...]. A primeira pessoa que acolhe é o enfermeiro. Então, ele quem vai passar segurança para o paciente, para o familiar que entrega o filho na mão do enfermeiro que é quem vai orientar como é que ele vai ser acompanhado. É quem abre as portas, como se fosse uma casa, né? É uma casa que ele vai passar alguns dias ou muitos ou meses se é um paciente crônico. Esse primeiro acolhimento é muito importante, quando você é bem recebido na primeira vez. Se vem com um sorriso e lhe abraça e lhe acolhe bem “bom eu vou ser muito bem tratado aqui”, mas se você não faz um acolhimento tão adequado, a pessoa que já vem fragilizada, com a saúde fragilizada [...]. Não é bom para o paciente nem para a equipe. Ele tem um papel muito importante, ele tem que estar ciente da importância do papel que ele tem (me12).

Percebe-se haver ênfase sobre a importância do enfermeiro no processo de gestão do cuidado, a partir do acolhimento e durante todo o acompanhamento do paciente que, no caso da criança com doença crônica, pode passar de alguns dias a meses hospitalizados. A sua constante presença e proximidade do paciente, leva o enfermeiro a ser visto como aquele que gerencia o cuidado, uma vez que monitoriza sua evolução, oferta apoio no suporte psicológico e viabiliza caminhos para a criança que necessita de cuidados domiciliares, conforme se menciona a seguir:

[...] O enfermeiro é essencial na gestão do cuidado, porque é o profissional que está mais presente, mais próximo do paciente, né? Integralmente, as 24 horas, monitorando a evolução do paciente, monitorando os parâmetros que são necessários para se avaliar, melhorar a progressão dos tratamentos que são instituídos para a recuperação da saúde dos pacientes [...], dão também um grande apoio, um suporte psicológico de conforto, né? E assim de viabilização, de caminhos para que aqueles pais possam pleitear e conseguir benefícios no sentido de que se tem um paciente crônico precisando de cuidados domiciliares, né? Eles também têm a conduta de conversar para esclarecer os direitos, dos usuários do SUS juntamente com o serviço social (fa5)

Nesse depoimento, reafirma-se essa posição estratégica do enfermeiro na assistência à criança, não como ponte entre as categorias, mas, especialmente, pela sua presença constante durante todo o processo do cuidado à criança. Dessa forma, para compor um perfil profissional coerente com essa posição, a articulação, a liderança e a interdisciplinaridade são atributos essenciais (MORORÓ et al., 2017).

Nessa perspectiva, evidencia-se, nas falas a seguir, a explícita necessidade de discussões teóricas sobre gestão do cuidado:

[...] vejo que o enfermeiro participa muito, se envolve muito. O que talvez precise, [...] é ele entender mais dessa questão da gestão do cuidado em si. Por que, assim, se eu for falar do ponto de vista prático, eu acho que todos nós fazemos, os enfermeiros, com limitações, mas a gente faz gestão do cuidado por que todos nós trabalhamos em cima dos resultados. O que talvez precise para as pessoas entenderem mesmo que elas fazem gestão do cuidado é a gente evidenciar isso, começar a acompanhar efetivamente os resultados, a fazer um alinhamento entre planejamento e resultados de fato (en11).

[...] na minha perspectiva o cuidado maior, de maior responsabilidade, de maior peso, pela demanda, pela criticidade, por tudo e pelo dimensionamento a responsabilidade maior, às vezes está nas mãos do enfermeiro e ele faz muito bem o processo mesmo dentro de limitações (en6).

Nesse processo, o enfermeiro reconhece assumir uma parcela importante de responsabilidade no cuidado à criança, e se considera participante e envolvido. Porém, enfatiza a necessidade de compreender conceitualmente a gestão do cuidado para mais bem

fundamentar as suas ações práticas e as tornar evidentes por meio da avaliação e do alinhamento entre o que foi planejado e de fato alcançado. A instrumentalização do enfermeiro para atuar na gestão do cuidado deve se iniciar a partir de sua formação profissional, que precisa centrar-se na promoção de uma visão ampliada do cuidado e na incorporação de habilidades e competências de gestão fundamentadas na cooperação, na articulação e na interdisciplinaridade (SENNA et al., 2014).

Além disso, a educação permanente consiste em instrumento essencial para mudança e transformação das práticas de gestão do cuidado do enfermeiro, considerando que permite ao profissional a reflexividade sobre o cuidado que se deseja ofertar, a organização dos processos de trabalho e sua prática nesse contexto. Assim, criar um ambiente de discussões teóricas contínuas a partir do estabelecimento de uma cultura acadêmica no espaço de prestação do cuidado, por meio de estudos temáticos fundamentados em teorias, pode contribuir para a adoção de uma perspectiva teórica e prática da gestão do cuidado pelo enfermeiro.

### **5.2.2 Processo de Enfermagem como ferramenta para gestão do cuidado em enfermagem**

O Processo de enfermagem (PE) é um instrumento metodológico que organiza a assistência de enfermagem, sistematizando-a em fases, com a finalidade de direcionar e qualificar o cuidado profissional de enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2000). De acordo com a Resolução COFEN 358/2009, o PE é organizado em cinco etapas inter-relacionadas que envolvem: a investigação por meio da coleta de dados ou de histórico; o diagnóstico; o planejamento; a implementação; e a avaliação. É considerado um instrumento tecnológico essencial para a organização e o desenvolvimento do cuidado e também para documentar a prática profissional do enfermeiro (SENNA et al., 2014).

Na observação participante, a pesquisadora pôde constatar que a unidade de internação pediátrica já adota o processo de enfermagem como dispositivo metodológico de sistematização da assistência de enfermagem e o realiza em todas as suas etapas. Além dessa unidade, as UTIs adulto e pediátrica do hospital também o desenvolvem integralmente. Nesse contexto, foi identificado, no setor de internação pediátrica, uma estrutura física organizada para a realização do processo de enfermagem e dos demais registros profissionais no prontuário eletrônico do paciente por meio de uma sala de prescrição com computadores disponíveis para toda a equipe multiprofissional, sendo reservados computadores exclusivos

para uso do enfermeiro na realização da evolução e da prescrição de enfermagem. Mesmo diante dessa estrutura, a pesquisadora observou, no final da manhã e após a visita médica, situações de superlotação da sala por parte de estudantes, residentes e integrantes da equipe multiprofissional da unidade.

Além dessa estrutura setorial, o hospital dispõe do setor de gestão de processo e tecnologia da informação que, por meio do Aplicativo de Gestão para os Hospitais Universitários (AGHU) gerencia os processos de comunicação e informação no Prontuário Eletrônico do Paciente, conforme visto no organograma do hospital. O AGHU é um Sistema de gestão hospitalar com foco no paciente, adotado como padrão para todos os hospitais universitários federais da rede EBSEH, cuja implantação dos primeiros módulos se iniciou a partir de agosto de 2010, em substituição ao MV 2000, que foi, anteriormente, o sistema de gestão de informação adotado pelos hospitais universitários e adquirido por meio de consignação.

No HUOL, o AGHU foi introduzido a partir de junho de 2015 e contempla os módulos de Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem. Entretanto, por meio da observação e análise documental, foi identificado que o módulo referente à evolução de enfermagem permanece no aplicativo MV 2000. Por esse motivo, no momento atual, os dois aplicativos encontram-se em uso no hospital, de forma que os enfermeiros recebem do setor de informática treinamentos e permissões para acessá-los e utilizar seus instrumentos de registro, conforme a sua função.

Assim, no seu exercício diário, o PE é sistematizado da seguinte forma: no horário da manhã, a enfermeira, de posse das informações clínicas da criança coletadas e registradas pelas enfermeiras dos horários vespertino e noturno, realiza a evolução, acrescentando a sua avaliação no turno matutino, por meio do qual delinea o diagnóstico e a prescrição de enfermagem, anexando essa avaliação à prescrição médica no momento em que realiza o aprazamento dos horários das medicações. Dessa maneira, o enfermeiro intenciona integrar as duas prescrições e facilitar o seu acesso pelo técnico de enfermagem, pois quando eles buscam a prescrição médica para preparo dos medicamentos, simultaneamente, passam a ter também acesso à prescrição de enfermagem. Os residentes médicos, por sua vez, são conhecedores da prescrição de enfermagem e já foram informados de que os cuidados de enfermagem são prescritos pelo enfermeiro, mesmo assim, continuam a fazê-lo.

Diante disso, a enfermeira, no momento do aprazamento das medicações, informa, textualmente, na própria prescrição médica, que essas condutas já estão incluídas na prescrição de enfermagem, como uma estratégia de definir o seu espaço. Sobre essa questão,



Backes et al. (2008) enfatizam a necessidade de interação do processo de enfermagem com a equipe multiprofissional por meio de atitudes dialógicas que permitam torná-lo eficiente e visível para além da equipe de enfermagem.

Na perspectiva interdisciplinar, o diagnóstico e a prescrição do cuidado de enfermagem precisam ser discutidos e negociados com a equipe de saúde e até mesmo com o próprio paciente. Dessa forma, destaca-se a importância de o enfermeiro se posicionar frente à equipe acerca do PE, o que envolve a identificação das necessidades do cuidado da criança, materializadas pela definição dos diagnósticos de enfermagem, da prescrição do cuidado, da intervenção e da avaliação.

O fato de ocorrerem repetições de prescrições do cuidado pela equipe médica parece não interferir diretamente na prática do PE, visto que a pesquisadora observou a checagem das prescrições dos enfermeiros pelos técnicos de enfermagem em todos os horários, o que nos leva a acreditar que as prescrições são cumpridas. Além disso, não foi identificada, durante a observação participante, desmotivação por parte das enfermeiras em continuar realizando as etapas do PE, nem mesmo durante as entrevistas, momento em que o profissional reafirmou praticá-lo integralmente.

[...] nós, enfermeiros, somos uma equipe antiga na maior parte, mais de cinquenta por cento. Então, já está consolidado no conhecimento de pediatria e a gente já pratica a SAE em todas etapas, isso também é uma ferramenta que ajuda na gestão do cuidado, querendo ou não, o enfermeiro que é introduzido no meu ambiente de trabalho, passa a praticá-lo, quer goste ou não goste, porque já se tornou uma prática institucionalizada, consolidada na pediatria. Então, ele vai à beira do leito, fazer exame físico, conversar com aquela mãe, para preencher os instrumentos. Ele é obrigado a chegar junto ao paciente. Então eu acho que isso também é outra ferramenta que ajuda na gestão do cuidado (en2).

Revela-se um reconhecimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como facilitadora da gestão do cuidado em enfermagem a partir do cumprimento do PE, em todas as suas etapas, o que proporciona uma aproximação do enfermeiro com a criança e com o seu acompanhante para organizar o cuidado centrado em suas necessidades. Torna-se explícito que a equipe de enfermeiras do setor é, em sua maioria, oriunda do antigo hospital de pediatria e já realizava o PE antes de chegarem ao novo cenário. Nesse sentido, é visível a alegria nas conquistas obtidas com a institucionalização dos instrumentos do Processo de Enfermagem que se encontram inseridos no aplicativo AGHU.

[...] os instrumentos da SAE são muito bons. Eu tenho orgulho de dizer que a gente pratica. Você saber que nós fazemos todas as etapas, que temos uma evolução diária feita no prontuário do paciente por uma enfermeira. Isso é muito bom, porque têm lugares que o enfermeiro não consegue fazer essa análise, o enfermeiro não

consegue chegar ao prontuário do paciente e a gente aqui consegue desenvolver procedimentos, de uma forma geral e fazer a burocracia que tem [...] (en2).

Na fala acima descrita, é explícito o “orgulho” do profissional em ter se apropriado de todas etapas do PE desenvolvidas na unidade, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta, pioneira no Brasil quanto à organização, ao planejamento da assistência e à operacionalização do serviço de enfermagem a partir do pensamento científico (UBALDO; MATOS; SALUM, 2015). Com base nesse modelo teórico, o enfermeiro realiza o histórico de enfermagem quando ocorre a admissão hospitalar da criança, conforme padronizado na unidade.

O diagnóstico de enfermagem, por sua vez, é realizado pautado nos problemas identificados e definidos por meio da North American Nursing Diagnosis Association-International (NANDA). Dessa forma, a lista dos possíveis diagnósticos e dos fatores de riscos associados encontram-se disponíveis, no aplicativo AGHU, com base na Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I (NANDA, 2010). Com isso, acredita-se que o PE já é considerado uma prática institucionalizada, e, ao que parece, os profissionais são motivados à sua realização.

Identifica-se, também, que o conhecimento e as experiências profissionais das enfermeiras oriundas do antigo hospital de pediatria, somados à estrutura tecnológica e às normas institucionais adotadas para aplicação do PE no trabalho do enfermeiro, são fatores potenciais para a construção de uma cultura hospitalar favorável à sua implementação. Ressalta-se, ainda, que o PE possibilita acompanhar e avaliar as ações implementadas, conforme enfatiza o entrevistado a seguir:

[...] a própria sistematização é uma ferramenta, que tem impacto na gestão do cuidado. [...] por trazer esse método científico (Processo de Enfermagem). Ela parte desde o levantamento de dados que subsidia o planejamento, até a própria evolução que seria a etapa de avaliação. [...]. Por que a gente planeja, a gente implementa, e consegue acompanhar a execução e avaliar os resultados que é a resposta do paciente se melhorou a dor, se esse paciente respondeu a determinada mudança de decúbito por exemplo. Então, isso é a gestão do cuidado. É você ter resultados que possa avaliar o que foi implementado. O que a gente ainda precisa é gerar indicadores [...] a gente tem dados, agora indicadores a gente não gerou ainda (en11).

Percebe-se o impacto da SAE para a gestão do cuidado em enfermagem à medida que subsidia o planejamento, a partir das necessidades do usuário, além de possibilitar a avaliação por meio da definição de indicadores. Nessa perspectiva, a SAE pode auxiliar o enfermeiro na tomada de decisão, sendo esta considerada um atributo essencial para a gestão

do cuidado em enfermagem, compreendida como a escolha entre duas ou mais alternativas que possibilitem atingir um determinado resultado (ALMEIDA et al., 2011).

Entretanto, mesmo que a equipe de enfermeiro da unidade já implemente todas as etapas do PE, ainda não foi possível gerar indicadores que permitam avaliar o cuidado prestado. Esses indicadores são as referências empíricas que medem a qualidade do cuidado ofertado e subsidiam a sua melhoria e a tomada de decisão, podendo ser representados por “indicadores de segurança do paciente, da qualidade da interação interprofissional, da comunicação efetiva, da integração e da articulação”, visto que a gestão do cuidado envolve, sobretudo, a organização de um ambiente seguro (MORORÓ et al., 2017, p. 330).

Sabe-se que a utilização dos indicadores se torna indispensável para o acompanhamento da qualidade dos processos assistenciais. Nesse sentido, Moura (2009), ao relatar uma experiência sobre a construção e implantação de indicadores no hospital das clínicas de Porto Alegre, descreveu que a vivência se deu a partir de um grupo designado para definir indicadores de qualidade do cuidado em enfermagem e desenvolver estratégias para sua implantação naquele serviço, resultando na escolha da incidência de úlcera de pressão e de quedas do leito como indicadores a ser trabalhados.

Segundo os autores citados, o grande desafio encontrado naquela experiência não se restringiu à construção dos indicadores, mas principalmente a sua implantação, visto que houve resistência e a não aderência por parte dos profissionais por desconhecimento ou por pouco valorizarem aquele tipo de prática. Destacou-se, assim, a cultura de avaliação da prática assistencial como necessária para a implantação de indicadores de qualidade assistencial.

Nessa perspectiva, é possível que mesmo diante dos avanços na implantação do processo de enfermagem na unidade pediátrica, existem outras oportunidades para se avançar na prática do PE, especialmente no que diz respeito à avaliação do cuidado. Conforme relatam algumas enfermeiras da unidade, há a necessidade de se aprimorar as competências e as habilidades sobre a prática do exame físico e a definição de dados subjetivos e objetivos da criança, essenciais ao processo de investigação e geração de diagnóstico preciso de enfermagem, o que sugere maior número de capacitações.

### **5.2.3 Fragilidade na articulação do enfermeiro com a Rede de Atenção à pessoa com Doença Crônica**

As doenças crônicas caracterizam-se por apresentarem início gradual, com prognóstico incerto, longa ou indefinida duração e condições clínicas que mudam ao longo do tempo. Podem gerar incapacidades, requerendo cuidados contínuos e intervenções por meio do uso articulado de tecnologias leves, leve-duras e duras. Dessa forma, a longitudinalidade e a continuidade do cuidado são requisitos essenciais para o acompanhamento das crianças e dos adolescentes com doença crônica, bem como a sua família. Assim, o cuidado a ser oferecido a essa criança deve ser pensado e, necessariamente, inserido numa forma de organização em Rede de Atenção à Saúde (RAS) com o objetivo de promover ações e serviços de saúde de forma contínua e integral. A RAS é composta por vários pontos de atenção que envolvem desde o domicílio até as unidades de alta complexidade (BRASIL, 2013b, MERHY, 2007).

Com inserção na RAS, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem participação permanente na assistência à saúde, visto que assume a responsabilidade com o cuidado longitudinal mediante a constituição de vínculo entre a equipe da UBS e o usuário. Nessa rede, o hospital situa-se numa relação de complementaridade à atenção básica e deve se estruturar a partir de uma equipe multiprofissional preparada para se articular com outros pontos de atenção, com vista a possibilitar a manutenção do cuidado constante. A continuidade do cuidado e o acompanhamento longitudinal exigem articulação entre profissionais da assistência hospitalar e da APS. Essa articulação torna-se essencial no momento da alta hospitalar da criança, mediante ações de coordenação e integração entre os distintos níveis de complexidade (NÓBREGA et al., 2015; HOLZ et al., 2016).

Durante a observação participante, a pesquisadora identificou diversas crianças com patologia crônica que permaneciam internadas por longo tempo na unidade pediátrica em razão da dificuldade de garantir a continuidade do cuidado pós-alta frente às suas necessidades. Na ocasião, vivenciou a angústia da equipe multiprofissional que constituía vínculo com essas crianças e demonstrava preocupação em retorná-las para o seu domicílio de forma segura e com a garantia da continuidade do cuidado. O enfermeiro, como integrante da equipe multiprofissional, encontra-se numa posição de mais proximidade com a criança e a sua família, de forma a absorver essa preocupação.

[...] quando se fala no paciente crônico que ele vai ter alta, a gente se preocupa como vai ser esse cuidado em casa. A gente pega a mãe para ensinar e fica pensando: será que essa mãe vai saber cuidar? “Faça a dieta aqui na minha frente”. E a gente fica olhando como ela faz. “Vamos aspirar” e a gente ensina a aspirar. E a gente só costuma soltar quando sabe que ele está treinado, né? E [...] quando é um paciente desse que vai sair de alta e a gente vê que a família não está apta, a gente se

desespera, muitas vezes fala para equipe, “olha segure mais, não dê alta agora, não está sabendo, vai voltar” (en2).

A alta do paciente com necessidade de continuidade de cuidados mais complexos, principalmente no caso de criança ou adolescente com doença crônica, gera no enfermeiro uma série de questionamentos e dúvidas no preparo do acompanhante para assumir os cuidados no domicílio. Dessa forma, dependendo da necessidade do paciente, deve-se orientar e capacitar o acompanhante para realizar alguns cuidados, tais como: aspiração de vias aéreas, administração de dieta por sonda, entre outros procedimentos, com o intuito de alcançar uma autonomia relativa e o empoderamento na continuidade dos cuidados no domicílio.

Tal preocupação, relacionada com a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, rotineiramente é discutida na visita da enfermaria. Nesse sentido, as maiores dificuldades estão associadas à articulação com a Rede, como uma garantia ao acompanhamento domiciliar. Trata-se de um momento no qual a assistente social é constantemente requisitada para contatar gestores dos municípios e, em algumas situações, mobilizar o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), ou mesmo a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com isso, o enfermeiro intermedia esses casos, levando para a assistente social a necessidade dessa articulação, conforme verbalizadas pelas participantes seguintes:

[...] a gente às vezes intermedia, não diretamente com a rede, mas às vezes faz via assistente social, mas muitos profissionais aqui [...] que já têm o contato “ah eu conheço fulano de tal, cicrano que é do interior, que é assim, que trabalha nesse setor e tal e pode lhe dar uma orientação”. Então, assim, é algo dos profissionais que já conhecem e mantêm o contato diretamente, mas a criança não recebe alta se não tiver um amparo [...] (en6).

[...] com a Rede básica, a nossa articulação aqui é através da vaga que é dada pelo médico. O que a equipe de enfermagem tem de contato com a atenção básica é uma marcação de uma vacina [...] quem faz um elo de contato com a unidade básica do interior quando a gente precisa é o serviço social. Então, a gente, enfermeiro, não tem esse contato direto com a unidade básica não. O máximo que a gente pode ter aí é o quê? Uma vacina. Ah, liga para a unidade tal e pede para ver se tem a vacina. Então é esse o nosso contato. Contato mesmo é feito com o médico através de uma vaga, e a assistente social através de agilizar, articular uma criança que está saindo de alta (en3).

Tais depoimentos indicam que a participação do enfermeiro na articulação com a rede, em geral, não acontece diretamente, mas às vezes se dá por meio da assistente social ou, em alguns casos específicos, para viabilizar vacinas. Relata-se, ainda, que, em algumas situações, esse contato pode acontecer quando a enfermeira da unidade pediátrica conhece um profissional da rede básica e recorre a ele como um pedido pessoal. Nessa direção, identifica-

se uma frágil relação entre o enfermeiro da unidade pediátrica e a atenção básica, de forma que possa garantir a longitudinalidade, conforme expressa a entrevistada:

[...] acho que o enfermeiro não tem essa articulação não. Só se for, sei lá. Um paciente que tenha curativo na saída, às vezes a gente faz um encaminhamento por escrito de como é feito, quando o paciente vai fazer curativo. Ele sai de alta, já aconteceu, a gente escreve com todo cuidado, como é feito, o que usa, como deve ser feito, a evolução. Descreve tudo para que o colega enfermeiro lá da Rede básica saiba o que foi feito com o paciente e da forma como deve ser conduzido. Mas, assim, acho que outro cuidado não tem. Outra articulação eu desconheço. [...] honestamente eu não vejo, porque se ele é um paciente crônico, ele vai estar atrelado ao nosso ambulatório. [...]. Embora existam pacientes que teoricamente precisariam ter um acompanhamento, né? Exemplo de um paciente que saiu essa semana, com sonda, traqueostomizado, foi montado serviço na casa dele, de oxigênio, conseguiu tudo, né? A mãe conseguiu lá no interior, mas não houve nenhuma articulação com a Rede que recebeu esse paciente. Houve para conseguir, houve contato, que eu acho que foi o serviço social, que acionou para conseguir o que ele vai ter de suporte para casa. E aí conseguiu, mas não houve nenhum contato com a Rede que eventualmente ela vai precisar para trocar uma sonda, ela pode precisar por causa da traqueostomia, que é um cuidado específico. Ela saiu treinada a trocar a fixação da traqueostomia, a gente ensinou a limpar, ela saiu tinindo mesmo [...] (en2).

A entrevistada reconhece a importância da comunicação com a UBS quando algumas crianças precisam da garantia de continuidade dos cuidados no domicílio e ressaltam que, em tais circunstâncias, o enfermeiro descreve todos os cuidados realizados à criança no âmbito hospitalar. O objetivo é fornecer ao profissional da UBS o acesso a essas informações, essenciais a uma referência.

Embora as ações de articulação direta com a ABS não ocorram, há toda uma preocupação com a continuidade do cuidado, visto que capacita o acompanhante para realizá-lo. Além disso, na maioria das vezes, justifica a ausência dessa articulação ao fato de o paciente crônico continuar vinculado ao ambulatório especializado após a alta hospitalar, mantendo-o sob acompanhamento no próprio serviço.

Esse fato parece estar associado à cultura hospitalar, cujo modelo assistencial centra-se no hospital e nas especialidades. Assim, o enfermeiro insere-se num sistema cultural de unidade especializada que, no sistema de saúde brasileiro, é marcado pelo predomínio de práticas fragmentadas e pontos de atenção que não se comunicam e esquece de garantir a longitudinalidade do cuidado (MENDES, 2011).

No âmbito dessa assistência, a ausência de comunicação efetiva e o não compartilhamento do cuidado entre os pontos de atenção podem ser as razões que induzem o paciente com doença crônica a ficar sob acompanhamento quase exclusivo da atenção especializada, uma vez que os profissionais da ABS não se sentem aptos a dar continuidade

aos cuidados, e transferem essa responsabilidade para a atenção especializada, conforme verbaliza a entrevistada a seguir:

[...] se ele (criança) tiver alguma eventualidade lá, eu não sei se a rede vai receber ele lá. Ou se quando ele chegar lá que precisar de alguma coisa, vão mandá-lo às pressas para cá, com medo de até olhar para ele (paciente), porque é o que acontece. O paciente é do hospital, nem olha para o paciente e mandam direto para gente, também tem isso, não sei se esse medo é porque não existe esse contato. Pode ser que seja (en2).

Em determinadas situações, parece haver dúvidas sobre a condução da assistência à criança com doença crônica em outros pontos de atenção à saúde, visto que quando o profissional se depara com essa criança, torna a reencaminhá-la para o hospital. Esse fato pode estar relacionado ao não compartilhamento prévio do cuidado, ao gerar nos profissionais da RAS insegurança quanto ao manejo clínico dessas crianças.

Não obstante, os casos de articulação com outros serviços acontecem quando a criança reside em outro município e, por questões específicas, precisa continuar o seu cuidado. Nessas situações, a figura do assistente social parece se destacar como articulador, conforme depoimentos seguintes:

[...] eu acredito que essas articulações junto à rede acabam, muitas vezes, o serviço social fazendo essa associação. É algo que às vezes é rotineiro para gente “ahhh”, a criança reside em outro município ou vai ser acompanhada pelo ambulatório, mas ela precisa do acompanhamento lá, às vezes questões específicas. Então, a gente sempre está em contato com a Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Assistência Social, conselho tutelar. Então, assim, essa parte da articulação com a rede é algo muito presente na nossa prática (as19).

[...] geralmente é pelo serviço social. Eles é quem fazem esse contato quando, por exemplo, um paciente vai para casa e vai precisar fazer curativos. Aí eles sempre entram em contato para que ocorra. Eles (assistente social) que fazem (fi10).

[...] eu já vi os residentes fazendo esse contato, o serviço social é quem mais entra em contato com essas outras instituições. Exemplo: uma criança com doença crônica aqui vai ser atendido, ele tem a garantia do atendimento lá no interior? E eu vejo quando esse interior não está preparado. Então, ele é referenciado para ser acompanhado mesmo no ambulatório daqui. Então, eu acho que a nossa instituição, ela concentra muito desse atendimento porque o estado não tem instituições ou profissionais capacitados para estar acompanhando esse paciente na maioria dos casos (nu1).

Tanto o profissional assistente social se reconhece como os demais integrantes da equipe multiprofissional o identificam como articulador da rede, estando ele, sempre que precisa, em contato com os órgãos de apoio e proteção à criança, como o conselho tutelar e a Secretaria de Assistência Social. Essa articulação parece estar mais voltada para a continuidade do cuidado e para a resolução de questões sociais do que para a garantia da

longitudinalidade. Assim, reafirma-se o ambulatório como local de referência, quase que exclusivo, para essas crianças, sob a justificativa da dificuldade estrutural dos serviços de saúde, conforme explicitado nos relatos a seguir:

[...] a gente tem dificuldade de estar contactando, principalmente, aqui em Natal [...] às vezes a criança precisa que um agente de saúde vá na casa dela, de um assistente social, psicólogo e aí não tem, né? E aí fica muito difícil, porque o ideal mesmo é que essa criança passe a maior parte do tempo em casa, né? Vivendo o seu convívio familiar saudável é claro, né? Mas precisa desse suporte de outras instituições, né? Só que aí essas instituições, está faltando profissionais, está faltando material e acaba tudo se concentrando para cá e, enfim, o usuário, ele tem que... lógico nós estamos aqui para atender todas as demandas, tudo que o usuário precisa. Mas quando ele for para casa, ele precisa que as instituições, além da nossa, estejam cuidando dele também, e aí é que a gente encontra dificuldade. Passou aqui essa criança, precisa do acompanhamento psicológico, da assistente social, de uma nutricionista, e às vezes não tem essa oportunidade em casa (ps7).

A entrevistada afirma sobre a importância de se manter essa criança com doença crônica no seu convívio familiar em nível domiciliar, mas com suporte profissional. Porém, há diversas situações de alta hospitalar em que ocorrem as dificuldades de contato com os outros pontos de atenção, cuja continuidade do cuidado pode apresentar-se fragilizada, em razão da estrutura da RAS ter deficiência de profissionais e/ou falta de material para assistir o paciente. Concentra-se, assim, o seguimento dessas crianças no ambulatório especializado do hospital universitário. Vejamos as falas abaixo:

[...] na hora que o paciente sai, se ele for um paciente crônico, ele sai amarrado para o ambulatório da pediatria. Ele não sai amarrado para o interior dele para onde ele for, [...] eu não sei qual seria o seguimento. Unidade de Saúde da Família? Mas ele não sai para essa rede básica. Esse paciente crônico sai amarrado para o ambulatório de pediatria. Ele não é solto, de forma nenhuma. Ele não sai para rede geral. Ele caiu aqui, ele só sai para a rede geral se for uma família que não queira essa assistência. Mas se for uma família comprometida, não solta nunca mais. Ele fica amarrado ao ambulatório até completar os 16 anos [...] (en2).

[...] quando a criança sai de alta, ela sai geralmente, as crônicas, com certeza com o retorno para o ambulatório daqui da própria instituição, né? Ela sai com o acompanhamento da pediatra geral, para o pneumo, para o neuro, para a hematologia, então ela sai com o sumário de alta. E por isso que o sonho às vezes de muita criança é conseguir entrar aqui, porque depois que ela conseguir entrar aqui, ela sabe que vai ter “ah graças a Deus eu consegui chegar ao local que eu vou, meu filho vai ser visto, vai ter segmento do tratamento”, mas ela é a sorte (en4).

[...] os pacientes de doenças crônicas quando sai de alta, geralmente são nossos mesmos, do ambulatório. Então, esses, nós não perdemos de vista não, porque eles saem daqui, vão para o ambulatório e continuam sob nossos cuidados, mas esses que vão voltar pra rede básica, realmente, a gente perde um pouco o contato, eu admito [...] perde o vínculo, porque não temos contato, por ser um hospital terciário, a gente não tem contato a rede básica de saúde, só quando é uma necessidade de internação, mas assim, esse feedback do paciente que sai daqui para a rede básica, nós realmente não temos não (me15).



[...] aqui dentro da capital, os pacientes que são daqui a comunicação é mais o retorno dele para cá, porque são pacientes crônicos que têm que ser acompanhados no ambulatório de especialidade. Então, os pacientes daqui são fáceis de voltarem, mas o paciente do interior... eles têm a maior dificuldade, porque não têm a pactuação. Eles não conseguem marcar por lá as consultas aqui (me9).

Além da deficiência estrutural da Rede, alguns profissionais expressam não ter clareza sobre qual seria o seguimento correto dessa criança e outros afirmam que esses pacientes são, realmente, dos especialistas, em razão da complexidade da patologia e da própria missão do hospital terciário no suporte especializado. Tal consequência pode ser originária da reprodução de um sistema cultural de fragmentação, e centralização do cuidado na atenção hospitalar que se caracteriza por apresentar-se com pouca interação entre os níveis de complexidade. Na realidade, o que se espera é que haja um cuidado compartilhado entre o especialista, o Programa de Atendimento Domiciliar, a ESF e o NASF favorecidos pelo diálogo entre os profissionais e os serviços (VIEGAS; PENNA, 2013).

Na perspectiva de rede integrada em saúde, o ambulatório especializado, por meio das ferramentas de gestão do cuidado, deve assumir uma posição de matriciamento da APS e contribuir com a efetivação da “longitudinalidade do cuidado”, cujas ações envolvem interação, troca de informação e discussão de caso entre a equipe multiprofissional dos distintos pontos da rede de atenção (MENDES, 2011). Sobre essa questão, relataram-se iniciativas voltadas para discussões conjuntas entre a unidade pediátrica e a atenção primária, conforme pode ser visto no depoimento seguinte:

[...] nós temos um link muito importante que é uma docente do departamento de pediatria que é uma batalhadora ferrenha da atenção básica, junto com a própria Secretaria Municipal de Saúde. Nós temos uma interlocução através dessas pessoas, promovendo cursos de capacitação e várias discussões ou temáticas que são importantíssimas para atenção básica. Então, nós temos expertises nesses assuntos e a gente se propõe a capacitar a rede a fazer/promover cursos de capacitação sobre doenças crônicas. Nós somos referências em várias dessas enfermidades, mas a gente pode melhorar (me12).

A entrevistada acima relata iniciativas de professores do departamento de pediatria, vinculadas à unidade assistencial, no sentido de buscar interlocução com a ABS, por meio do diálogo com gestores municipais e da promoção de cursos de capacitação em áreas de suas expertises. Essas capacitações podem caracterizar-se como estratégicas, tanto no sentido de instrumentalizar os profissionais da rede acerca da promoção à saúde, da prevenção e do tratamento desses agravos quanto pela possibilidade de ofertar espaços de negociação e compartilhamento da responsabilização de cada ponto de atenção sobre o cuidado às crianças com condições crônicas.

Mesmo diante dessa busca de interação e articulação, no campo prático, ainda se vê uma fragilidade na comunicação entre os pontos de atenção desde o acesso da criança à unidade de internação, conforme ressaltam as entrevistadas.

[...] o pouco que eu sei dessa articulação [...] o que eu posso dizer aqui, porque estou na enfermaria é [...] a regulação de vagas. A gente atende telefone e a gente não identifica aqui crianças vindo regulada de outro hospital a não ser que seja de pediatria para pediatria. Então, a gente não identifica uma regulação vinda do sistema da rede, é algum pediatria que liga das unidades de todo estado, de hospitais do interior, de UPAs, de pronto atendimento, hospital municipal que são os grandes, dos lugares que as crianças vêm para internar. Então, o que a gente percebe é que quem está no plantão, nessas instituições, liga para cá pergunta se tem vaga, aí eles fazem a regulação, de médico para médico é o que eu entendo, o que a gente identifica aqui dentro (en4).

[...] eu desconheço, se existe alguma articulação com a Rede. Você tem uma regulação que ela ainda funciona via telefone. Você tem um tal leito para mim? Eu estou com paciente assim e assado. Então, são contatos externos, ainda não é centralizado a questão de regular os leitos para cá. Então, muitos pediatras que saem daqui estão nos plantões por aí afora e ligam para os colegas amigos dizendo: “eu estou com um paciente assim, assado. Arranje uma vaga para mim” (en2).

Depreende-se, a partir das falas, certa informalidade da relação da unidade pediátrica com a RAS à medida que a solicitação de vagas para internação de crianças ainda não é mediada pelo Sistema de Regulação do Estado (SISreg), ficando no âmbito pessoal dos próprios médicos que se comunicam entre si. Porém, alguns destacam não haver dificuldade no âmbito da comunicação entre os níveis de média e alta complexidade, conforme ressaltam os informantes:

[...] aqui nós atendemos os pacientes, recebemos os pacientes que são regulados. Os outros hospitais da RAS entram em contato conosco e eu acho que nós não temos dificuldades de comunicação, nem de troca com outros hospitais. Tanto eles ligam e passam os casos, se nós tivermos como atendê-los, nós oferecemos a vaga, recebemos o paciente, assim como para mandar pacientes daqui para outros hospitais. Também nós entramos em contato. Então, assim, nós não temos dificuldade em nos comunicarmos com outros hospitais da rede, daqui do estado não (me13).

[...] eu acho que a gente tem uma limitação aí... de comunicação com a Rede. Inclusive isso é uma questão que o hospital traz muito, né? [...]. Os nossos leitos são os únicos que não são regulados pelo Núcleo Interno de Regulação do Hospital. Inclusive eu sou cobrada frequentemente por isso, desde a nossa vinda da pediatria para cá. Já os leitos da UTIP passam pela regulação. Agora os leitos da enfermaria de pediatria, eles não passam. Então, esse é um questionamento, né? A gente recebe da rede, mas a gente não regula do ponto de vista de fila de espera do sistema, né? Os pacientes são regulados de forma interna, isso que eu quero dizer. São regulados clinicamente (en11).

Os entrevistados, ora relatam receber pacientes regulados sem o enfrentamento de dificuldades para interagir com as unidades hospitalares da RAS, ora revelam limitações no

processo regulatório, de forma que o acesso da criança ao hospital não acontece, exclusivamente, por meio do SISreg. A regulação envolve a definição de regras e padrões de contratos necessários ao provimento e à prestação de serviços de alta relevância para a sociedade, visando manter sua função operativa dentro de limites pré-determinados. A função reguladora torna-se necessária para harmonizar e articular a oferta e a procura (FARIAS et al., 2011).

No âmbito do SUS, a introdução de ações regulatórias se deu pela busca da garantia de padrões de acessibilidade, resolutividade, equidade e excelência na qualidade do serviço que passa a ser o grande desafio desse sistema universal de saúde desencadeado, no âmbito jurídico institucional, a partir das Leis Orgânicas (leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990) e dos pactos administrativos, via Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS), que representam instrumentos de regulação para o processo de descentralização (FARIAS et al., 2011). Nessa perspectiva, a pesquisadora identificou que o hospital já dispõe, no seu organograma, do Núcleo Interno de Regulação (NIR), com critérios de acesso previamente definidos para garantir a vaga certa para o paciente certo, conforme expresso no depoimento a seguir:

[...] a essência do NIR é promover acesso, é regular as portas de entrada do hospital segundo critérios que foram estabelecidos, tanto clínicos como critérios de ocupação de leitos, como critérios de prioridade clínica. Então, a missão da gente é essa, é regular o acesso desse paciente, é a busca da garantia da vaga certa para o paciente certo (en20).

O NIR é uma ferramenta de gestão de vagas e tem o objetivo de atender as prerrogativas do SUS quanto à regulação da porta de entrada do serviço e vem, gradativamente, sendo introduzida no hospital universitário, conforme explicita a fala a seguir:

[...] A gente começou pelo adulto, depois partiu para pediatria, sentamos com a gestora da unidade. Ela estabeleceu os critérios. A gente estabeleceu o fluxo e durante alguns meses funcionou. Mas aí a equipe médica começou a não aceitar [...]. Então, o que acontecia é que eles sempre queriam, eles mesmos (pediatras), fazer essa regulação e, com o passar do tempo, eles não permitiram mais que a gente participasse desse processo. [...]. Foi na época que a gente começou a se movimentar para a UTI pediátrica. Aí eu disse para a gerente, “vamos dar uma parada, vamos nos voltar para a UTIP que a gente organiza os fluxos de entrada da UTIP e depois a gente vai ter que retomar essa conversa a nível de pediatria porque assim a pediatria não pode ficar fora de todo o processo que o hospital está passando na questão da gestão da oferta e de regulação assistencial (en20).

A fala acima descrita informa que esse dispositivo ainda não foi incorporado no processo de trabalho da equipe médica da unidade de internação pediátrica, que demonstrou resistência em perder sua centralidade no processo de regulação. Porém, já é utilizado pela

UTIP, que foi inaugurada em fevereiro de 2017. Entretanto, a fala a seguir esclarece que a utilização dessa ferramenta pode facilitar a garantia do acesso do paciente:

[...] eu acho que a dificuldade foi eles não conseguiram entender realmente qual é o papel da regulação [...] e de como a gente pode fortalecer o trabalho deles, porque eles passam muito tempo regulando o paciente, fazendo coisas que poderiam ser feito pelos profissionais do NIR e aquele tempo que gastam fazendo isso, ele está na assistência. Então, a assistência ganha quando ele sai dessa parte administrativa. E a questão de regular a pediatria era para gente dar a garantia do acesso, baseado nos critérios que foram definidos. O primeiro acesso sempre vai ser daqueles pacientes que são acompanhados aqui no hospital (en20).

Para a entrevistada, o núcleo de regulação local não foi suficientemente compreendido pela equipe de pediatras do hospital. Por isso, ainda não foi aceito. A adoção do sistema regulatório para acesso da criança à unidade envolve o sistema de valores e crenças, posto que, quando se acredita e se defende acesso universal aos serviços básicos e especializados de saúde, regular passa a ser um dilema ético, pois significa “definir prioridades assistenciais”, “fazer escolhas”, entre uma ou outra criança, diante da inadequação entre demanda e oferta. Mesmo que a escolha seja feita com base em critérios clínicos e nas condições da unidade em dar resposta à demanda do paciente, depara-se com o conflito de valores e princípios.

O sistema regulatório visa equilibrar as falhas ainda presentes no sistema de saúde, considerando que ainda não conseguiu ampliar o acesso para toda a população. Assim, de acordo com Farias et al. (2011), na realidade brasileira, a regulação ainda se apresenta numa condição cartorial, visto que não refletiu modificações de aspectos importantes da assistência, voltando-se apenas para definição e seleção das prioridades, ordenamento da distribuição e da oferta de serviços e inadequação entre demanda e oferta, persistindo a herança do modelo assistencial de medicina previdenciária, anterior ao SUS, regulado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Nesse cenário, o NIR tornou-se uma ferramenta institucional de suporte decisório do acesso à criança à unidade especializada, reduzindo, de certa forma, o desconforto de o profissional ter de fazer determinadas escolhas.

É preciso, portanto, continuar as discussões entre o NIR e a equipe da unidade pediátrica para possibilitar a pactuação, o compartilhamento de conceitos e valores que permitam a adaptação a essa ferramenta, no sentido de garantir o fluxo seguro de acesso à criança à unidade por meio da definição de Protocolos Operacionais Padrão. Nesse sentido, Carvalho (2015) reafirma que toda mudança precisa ser gerenciada e requer um processo de reestruturação da cultura para que as pessoas possam deixar antigos hábitos, valores e conceitos para apropriarem-se do novo.

### 5.3 POTENCIALIDADE PARA A GESTÃO DO CUIDADO À CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA

A categoria potencialidade para a gestão do cuidado à criança com doença crônica evidencia os fatores apontados pelos participantes nos relatos das entrevistas e visualizados por meio da observação participante. Nesse âmbito, identificou-se o ambiente que caracteriza um hospital universitário com sua estrutura física e humana e a institucionalização do núcleo de segurança do paciente como potencializadores para uma cultura institucional voltada para a gestão do cuidado integral.

#### 5.3.1 Estrutura de um hospital universitário

O hospital universitário compõe a Rede de Atenção à Saúde como componente fundamental de alta complexidade, estando integrado à rede de cuidados locais. Além da assistência, exerce importante função social de formar profissionais para o SUS, configurando-se num espaço de excelência para o ensino, a pesquisa e a extensão.

No Brasil, esses hospitais encontram-se regulados pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT). No caso dos hospitais federais, os recursos humanos são parcialmente custeados pelo orçamento do MEC, bem como pela receita proveniente da produção de serviços assistenciais, gerada a partir de sua contratualização e pactuação com o SUS (LOBO et al., 2010).

Portanto, espera-se que sua estrutura possua condições tecnológicas para prestação do cuidado de alta complexidade e para a promoção do ensino e da pesquisa com qualidade, além de produzir ferramentas que propiciem sua integração à rede de cuidado local e à academia, visto que assume a dupla missão de ensino e assistência. Nessa direção, as falas dos participantes apontam ser a estrutura do hospital universitário potencializadora da gestão do cuidado integral.

[...] aqui a gente depois que veio para cá teve um grande avanço em relação a acesso aos exames de imagem, então, a gente tem uma criança que foi admitida ontem para investigar uma atresia biliar. Essa criança que já está aí com dois meses de vida, então essa criança já está há dois meses andando aí na rede. Chegou aqui ontem e já está encaminhando os exames, então, de certa forma, é rápido. A potencialidade do hospital é o acesso a exames de imagem que antes era muito difícil para essa criança. Então a gente percebe uma certa facilidade e tempo hábil. A diversidade de especialistas na pediatria, cardiologia, nefrologia, pneumo, dermato. A gente também tem essa potencialidade e com possibilidade até de crescer. Então a gente tem hematologista, a gente tem oncologista, né? Tem UTI pediátrica agora, para melhorar ainda mais a assistência a essa criança (en4).

[...] eu acredito que o fato de estarmos em um hospital universitário que [...] é um lugar ainda que a gente tem mais especialistas, pessoas realmente qualificadas para conseguir fechar diagnósticos, que não são tão comuns, a gente tem muito recurso terapêutico com relação a exames, né? a acessar exames de imagem, exames de maior complexidade. De certa forma, isso facilita o acesso desses pacientes a esses exames, a gente sabe que um paciente que vem, por exemplo, da unidade básica para realizar um exame de alta complexidade o tempo é muito maior que um paciente nosso que está internado (en8).

As falas demonstram acreditar no potencial do hospital universitário para a prática da gestão do cuidado em razão da alta densidade tecnológica que o caracteriza, constituída pela diversidade de especialista e pelo recurso terapêutico e diagnóstico, coerente com a sua função na Rede de Atenção à Saúde. Sobre esse aspecto, destaca que a integração da pediatria ao hospital universitário proporcionou avanços na atenção à saúde da criança à medida que possibilitou a criação da UTIP e facilitou o acesso da criança aos exames de imagem.

Acerca da gestão do cuidado, em sua dimensão sistêmica, durante a observação participante, a pesquisadora identificou, em algumas áreas como a atenção psicossocial, que o hospital universitário vem avançando nas discussões e nas capacitações sobre linhas de cuidado, articulação e compartilhamento do cuidado entre atenção hospitalar e ABS, tendo promovido, em dezembro passado, a oficina de compartilhamento do cuidado na rede de atenção, amplamente divulgada na mídia local.

Na oportunidade, foi apresentado o Sistema de Gerenciamento de Matriciamento Aplicado (GEMA), desenvolvido pelo Laboratório de Inovação Tecnológica do Hospital, sob a coordenação de um Professor e Pesquisador da universidade. O sistema GEMA tem como objetivo melhorar o processo de regulação entre a atenção básica e a especializada, facilitando a troca de informações entre os níveis de complexidade. Esse fato evidencia iniciativas voltadas para facilitar o matriciamento do hospital universitário à ABS e revela o potencial do hospital universitário para desenvolver tecnologias que promovam o cuidado em Rede, que, a exemplo da Atenção Psicossocial, poderão ser utilizadas em outras linhas de cuidado, como na Rede de Atenção à Saúde da Criança.

Para além da estrutura tecnológica, a missão histórica do hospital universitário na formação profissional também lhe confere uma visível credibilidade quanto ao seu potencial na gestão do cuidado:

[...] aqui, no hospital, tem pessoas capacitadas para realizar esse cuidado e é uma instituição formadora, acho que é um ponto positivo. Então, tem muita gente boa tentando fazer algo de bom. A formação, o interesse, também dos docentes (nu1).

[...] eu acho que a gente está no melhor local de todas as potencialidades que existem [...] por que se a universidade (hospital universitário) não tiver isso (gestão do cuidado) a oferecer, os outros não vão ter. A gente é a ponta do iceberg, somos o ápice da pirâmide. A gente pega a nata mesmo, a gente pega bons profissionais. A gente tem excelentes docentes na nossa área, pediatras antigos, pediatras já consolidados na prática. A gente tem enfermeiros com boa carga de formação. Não sei dizer em termos de percentual, mas a imensa maioria tem especialização. Grande percentual tem mestrado, alguns correndo atrás de doutorado, ou seja, temos uma boa formação, temos bons conhecimentos (en2).

Sem dúvida, os profissionais entrevistados atribuem um alto potencial de gestão do cuidado ao corpo técnico do hospital universitário, por ser constituído de profissionais qualificados, os quais incluem desde especialistas até doutores, além de contar com a presença de docentes nas atividades assistenciais, de ensino e de pesquisa. Reconhece-se, portanto, o destaque da qualificação e do envolvimento desses profissionais para a consolidação da gestão do cuidado.

Corroborando esses relatos, Fadel e Filho (2009), em seu estudo sobre qualidade nos serviços públicos de saúde, destacam que, na avaliação do cliente, a atuação profissional é o principal componente para a qualidade dos serviços. Porém, não somente sob os aspectos técnicos ou a qualificação profissional, mas principalmente quanto à forma de interação, acessibilidade, comunicação e compreensão das necessidades do usuário.

A qualificação profissional instrumentaliza o profissional a desenvolver a gestão do cuidado, mas não de forma suficiente. Para além da competência técnica, é necessário constituir equipes motivadas a fazer uma gestão do cuidado centrada nas necessidades do usuário a partir do uso das tecnologias relacionais de interação e comunicação com o usuário e com a Rede (MERHY, 2007). Dessa forma, a constituição de equipes que compartilham o cuidado com foco na criança revelou-se como uma potencialidade:

[...] acho que as potencialidades hoje é uma equipe, como um todo, unida com o objetivo maior: a criança que está aqui internada [...] (en4).

[...] o que tem de potencial, de bom é que a gente tem uma equipe com muita vontade de fazer uma gestão do cuidado [...] muito disposta a colocar isso aí em prática (en3).

As falas revelam o compromisso e a disposição da equipe para a prática da gestão do cuidado. Assim, no campo da organização do processo de trabalho, percebe-se a busca por constituir-se uma forma de gerir o cuidado de modo mais coletivo. Nessa direção, o hospital universitário, na condição de órgão formador, é unidade executora dos programas de residência multiprofissional que pode ser visto como potencial, conforme evidenciado nas falas seguintes:

[...] O fato de ter residentes multiprofissionais que se dedicam integralmente no seu segundo ano a parte clínica. Eu acho que isso é uma grande vantagem (fi5).

Aqui, a equipe é muito grande, temos várias especialidades e isso é muito bom. Então cada um vai estar contribuindo como proceder com aquela criança. Então isso já é um grande benefício. [...]. A residência multiprofissional também é uma coisa que contribui muito... (ps7).

Um dos depoimentos relaciona a presença do residente multiprofissional como uma vantagem a mais para o hospital universitário fazer a gestão do cuidado à criança com condição crônica. As residências multiprofissionais são consideradas estratégias importantes no cenário da formação de profissionais voltada para o SUS, considerando que seu arcabouço teórico e metodológico tem como base os princípios e as diretrizes do SUS, a associação da teoria à prática, do ensino ao serviço e da compreensão do princípio da integralidade no cotidiano dos serviços de saúde (ARAÚJO et al., 2017).

Tais programas se inseriram no contexto do antigo hospital de pediatria, bem como dos demais hospitais universitários do Rio Grande do Norte desde o ano de 2010, em face de um edital do MEC voltado para a construção e o desenvolvimento dessa modalidade de treinamento em serviço nos hospitais universitários de todo o país. Esses espaços de formação parecem contribuir para potencializar o ambiente dos hospitais universitários como terreno fértil para a reflexividade sobre o cuidado integral e as práticas interprofissionais.

### **5.3.2 Projeto de Segurança do Paciente como potencial para gestão do cuidado**

O hospital universitário, no contexto deste estudo, apresenta em sua estrutura organizacional o setor de vigilância em saúde, que é constituído pela unidade de Gestão de Riscos Assistenciais e o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), em atendimento à Portaria 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Esse programa tem como objetivo desenvolver e aplicar um conjunto de medidas voltado para a prevenção de acidentes adversos no cuidado ao paciente nas unidades de saúde. Nesse sentido, as falas dos profissionais já demonstram identificar a segurança do paciente como um aspecto que potencializa a gestão do cuidado:

[...] O hospital em si já tem alguns projetos em curso. A questão de segurança do paciente, que está aí. Eu vejo muitas potencialidades. E, de uma forma geral, a pediatria é muito aberta a mudanças (en2).

[...] em relação à gestão do cuidado à criança crônica que a gente recebe muito aqui, que eu tenho visto em relação, é o que a gente está agora trabalhando bastante é a



questão de segurança do paciente, tentando melhorar um pouco a passagem de plantão, tentando melhorar um pouco a assistência quanto à preceptoria com os residentes. Tudo isso está envolvido com a gestão do cuidado porque à medida que eu vou melhorando isso aí, eu vou melhorando a minha assistência para atender melhor o paciente (en3).

As falas afirmam que o hospital desenvolve projetos voltados para a segurança do paciente, atribuindo, assim, valor à gestão do cuidado, o que se reflete em sua prática profissional, uma vez que os profissionais buscam, continuamente, estratégias para a melhoria dos processos assistenciais e de ensino. Em convergência, utiliza a adoção de ferramentas voltadas para a segurança do paciente.

Durante reunião das enfermeiras do setor, que contou com a presença de pesquisadora, houve a participação de dois (02) integrantes do NSP, um deles, que é fisioterapeuta, veio apresentar um novo sistema de devolução de medicamentos voltados para prevenir erros sobre o seu preparo e administração. A partir da implantação desse sistema, todos os medicamentos passarão a vir junto com um impresso de controle com a finalidade de o profissional responsável pela administração do medicamento, em caso de não ser possível administrá-lo, registrar o motivo, de modo que a sua devolução somente seria realizada sob justificativa. A segunda integrante do NPS, uma enfermeira, apresentou a escala de avaliação sobre risco de quedas “Humpt Dumpt”, que passaria a ser utilizada na pediatria em substituição à escala de Morse.

As escalas de avaliação de riscos de quedas são ferramentas que atribuem valores numéricos a diversos fatores de riscos cujo somatório indica se a pessoa tem um risco de queda baixo, médio ou alto. Nesse contexto, a escala de Morse foi desenvolvida no Canadá, voltada à população de 18 anos ou mais de idade, para identificar previamente riscos de quedas fisiológicas. Já a escala Humpt Dumpt, utiliza categorias de baixo ou alto risco de quedas a partir de fatores específicos da faixa etária pediátrica (COSTA-DIAS; FERREIRA, 2014; PEREIRA, 2014).

Na oportunidade, também foi apresentada a escala Braden Q na versão pediátrica, específica para identificar e avaliar fatores de riscos relacionados ao desenvolvimento de úlceras de pressão, com a finalidade de direcionar o raciocínio clínico para introdução de medidas preventivas (MAIA et al., 2011). Na ocasião, a enfermeira informou que, em breve, as escalas estariam disponíveis no Sistema AGHU e explicou, brevemente, algumas instruções básicas para uso das escalas, colocando-se à disposição da unidade durante o seu processo de implantação.

A pesquisadora presenciou, ainda, outras situações que apontaram um movimento voltado para a busca de mecanismos de qualificação do cuidado e a incorporação de valores da cultura de segurança, que, de acordo com Silva e Santa Rosa (2016), constitui-se de valores da cultura organizacional que favorecem ações, comportamentos, atitudes e normas voltados para o ambiente seguro, em consonância com a política de segurança do paciente. Em uma das passagens de plantão do enfermeiro na unidade, uma profissional repassava para as colegas as informações relacionadas a uma oficina que estava havendo nos dois turnos de trabalho, sobre “passagem de plantão, registro de informações e Sistematização da Assistência de Enfermagem”.

A oficina estava sendo promovida pelo hospital Moinhos do Vento, de Porto Alegre – Rio Grande do Sul (RS), pioneiro do Programa Nacional de Segurança do Paciente no país. Atualmente, esse hospital é contratado pelo Ministério da Saúde para assessorar outros hospitais universitários na implantação do “Melhorando a Segurança do Paciente em larga escala no Brasil”, que tem como objetivo proporcionar a qualificação do cuidado em estabelecimentos de saúde, com o desenvolvimento de ferramentas de gestão, educação e práticas compartilhadas voltadas à segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Nesse cenário, o hospital universitário, em conjunto com outras instituições, foi um dos contemplados para integrar o referido projeto, em razão de apresentar uma estrutura de mais de 100 leitos, dispor de Unidade de Terapia Intensiva e realizar procedimentos de alta complexidade, levando-o a apresentar os requisitos necessários para essa adesão. Dessa forma, identifica-se uma reorganização da assistência hospitalar com foco na segurança do paciente refletindo-se nos discursos e na prática dos profissionais.

Vejo-me realizando a gestão do cuidado, em determinadas situações [...]. Na hora que eu faço uma visita e detecto que uma criança precisa de determinada medida de segurança. Na hora que eu detecto que um acesso está com uma flebite, aonde foi que houve a falha? Foi do Técnico de enfermagem? O que foi? Como é que eu posso fazer? Que processo eu vou fazer para evitar aquilo ali? Então eu acho que aí vou estar trabalhando a gestão (en2).

A participante reconhece a detecção precoce de riscos e as oportunidades de melhoria para implementar medidas de segurança como inerentes à gestão do cuidado. Assim, ao relacionar essas ações com a gestão do cuidado em saúde, demonstra compromisso e responsabilidade com a oferta do cuidado seguro. Essa preocupação com ações proativas de identificação de riscos e eventos, aliada a outras características, pode ser resultado do amadurecimento institucional quanto à cultura de segurança do paciente (SILVA; SANTA ROSA, 2014).

## 5.4 FRAGILIDADE NA GESTÃO DO CUIDADO À CRIANÇA COM CONDIÇÃO CRÔNICA

A categoria fragilidade na gestão do cuidado à criança com condição crônica traz à tona a realidade do hospital em estudo. A partir das entrevistas e da observação participante, tornou-se possível identificar oportunidades de melhoria relacionadas à indefinição do modelo de gestão do cuidado compartilhado em equipe e limitações para continuar o cuidado à criança em nível domiciliar.

### 5.4.1 Indefinição de um modelo de gestão do cuidado compartilhado em equipe

Considera-se o modelo de gestão do cuidado em saúde como um dos instrumentos mais significativos da organização da assistência, por tratar-se de um conjunto de normas e princípios que orienta os gestores na escolha das melhores alternativas para o cumprimento da missão institucional (CROZATTI, 1998). Compreende-se que todo o processo de gestão prescinde de uma clara definição do modelo e da forma de implementação, visto que esse é o principal formador da cultura organizacional. Ao tratar-se da gestão do cuidado, parte-se do entendimento de que esta se realiza em várias dimensões, no meio familiar, no contexto organizacional e numa dimensão sistêmica, das quais relações e interações entre recursos e trabalho humano tornam-se atributos essenciais, considerando que os profissionais de saúde, a família e o usuário, em algum momento, assumem a gestão desse cuidado (CECÍLIO, 2011).

Dessa forma, essa ação é permeada por contradições advindas de interesses diversos entre a finalidade institucional, os desejos dos trabalhadores e do usuário que traz, implicitamente, suas necessidades e seus anseios (BRASIL, 2009). Por isso, deve ser planejada, pactuada pelos envolvidos e, conscientemente, direcionada pela intencionalidade de concretizar um determinado modelo de atenção. Para tanto, torna-se fundamental discutir, explicitamente, com a equipe multiprofissional o modelo de gestão do cuidado adotado na instituição, no sentido de afinar os interesses da organização, dos trabalhadores e, sobretudo, as necessidades dos usuários. Entretanto, os profissionais da unidade pediátrica dizem não reconhecer um modelo institucionalmente adotado:

[...] deve ter um modelo de gestão do cuidado, mas eu nunca tive a oportunidade de vivenciar o momento em que houvesse uma discussão específica voltada para essa temática, não lembro de ter. Não lembro, não lembro de ter. Fluxos talvez, mas chegar para dizer: existem esses modelos e vamos adotar tal modelo, que eu lembre não (fa5).

[...] acredito que não há modelo de gestão do cuidado, é muito plural, cada categoria profissional gere o seu cuidado de uma maneira própria (en8).

[...] não acho que tenha um modelo não, um modelo de como é direitinho, é assim, é para fazer isso, não vejo não. Um modelo já feito não (med9).

[...] Não tem nenhum modelo não. Eu nunca ouvi falar. Se tem, eu nunca ouvi falar, que eu tenha acesso, não. Se existe, modelo de gestão do cuidado, eu nunca ouvi falar (fi10).

Os entrevistados, de maneira geral, informam não terem participado de discussões que abordassem, explicitamente, o modelo de gestão do cuidado no hospital ou mesmo na unidade pediátrica. Esse modelo tanto influencia como sofre influência de valores e crenças da organização e, quando claramente compartilhado, poderá fomentar a formação da identidade da equipe com alto grau de coesão interna para guiar processos de gestão de forma mais homogênea e convergente com a missão institucional (CROZATTI, 1998). Para tanto, faz-se necessária a participação das pessoas envolvidas que poderão contribuir com novas ideias. Entretanto, na unidade pediátrica, esse modelo parece estar subentendido e não formalmente instituído:

[...] acho que não existe essa formalização de gestão no cuidado, pode até existir no papel ou pode existir na prática para certos grupos de pessoas, mas, assim, eu acho que não abrange a maioria, porque a maioria das pessoas, o pouco contato que eu vejo, eu vejo que é por cada um [...] vou dar o exemplo simbólico da orquestra sinfônica [...] não existe uma partitura para todo mundo seguir, pelo menos não foi me dado isso. Se existe, nunca me deram essa partitura. Eu toco a minha própria música, porque eu vou atrás dos meus recursos, porque eu tenho um compromisso comigo mesma como profissional, meus valores enquanto profissional (me13).

[...] eu vou ser muito sincera [...] eu não sei nem dizer. Se existe algo, o que a gente sempre escutou na pediatria, né? Aquela questão da assistência integral ao paciente. Da questão de buscar melhores resultados. Agora eu confesso que se existe algum modelo, [...], eu não conheço. E eu sei que todas as discussões, elas são sempre fundamentadas nos mesmos valores, digamos assim, vamos buscar fazer o melhor, vamos tentar, digamos, conduzir esse paciente com sua doença crônica, vamos garantir uma continuidade do tratamento a nível ambulatorial para fazer a contrarreferência. Agora se tem algum modelo, e assim, aí a gente discute sempre voltado nos valores da integralidade, na questão da rede mesmo de tentar garantir esse tratamento, agora modelo eu não sei não, eu desconheço (en11).

[...] Eu vejo que existe uma participação coletiva de todos os profissionais nessa gestão, no cuidado ao paciente crônico, mas, assim, um protocolo, um modelo [...] eu não tenho conhecimento não. Eu acho que existe muita boa vontade, conhecimento, obviamente, e todos esses valores que falei: solidariedade, doação, então eu acho que é mais isso mesmo que acaba dando certo, mas modelo específico eu não conheço (me14).

Ao utilizar o exemplo simbólico da orquestra sinfônica, uma das entrevistadas diz sentir falta de uma “partitura” para guiá-la na prática da gestão do cuidado. De forma geral, os

profissionais demonstram pouca clareza sobre modelos de gestão do cuidado e parecem não ter vivenciado discussões e pactuações acerca da questão, de modo a fundamentar suas ações em crenças, conhecimentos e valores individuais. Para Crozatti (1998), quando se propõe um modelo de gestão, é possível se estabelecer um melhor nível de harmonia entre os envolvidos, mais interação, responsabilização, e melhor aproveitamento de suas potencialidades com vista ao compartilhamento de decisões.

Sobre essa questão, a Política Nacional de Humanização propõe um modelo de gestão centrado no trabalho em equipe, construído em espaços coletivos que garantam o compartilhamento do poder por meio de análise, decisões e avaliações desenvolvidas coletivamente. Essa política pauta-se nos valores de autonomia, corresponsabilidade, protagonismo dos sujeitos, vínculos solidários e participação coletiva das práticas em saúde (BRASIL, 2009). Dessa forma, é preciso que a equipe esteja harmonizada, uniforme e com o direcionamento claro, conforme expressa o participante seguinte:

[...] acredito que uma criança que é vista por vários especialistas de várias formações diferentes que se complementam para ajudá-la, a lógica é que essa criança seja beneficiada, mas será que eles estão sendo orquestrados? Porque é como uma orquestra sinfônica, eu tenho uma pessoa que toca excelente, eu tenho outro que toca piano excelente, eu tenho outro que toca violino. Se eu colocar todos no palco e cada um tocar uma música diferente, é a mesma coisa de não ter nada, eu não percebo um maestro organizando esses instrumentos. Eu não percebo, eu, como profissional, não me percebo orquestrada e eu me sinto tocando serviço (me12).

Acredita-se que a criança assistida por vários profissionais obtenha benefícios advindos da complementaridade dessas ações e visões, mas é preciso que essa equipe seja orquestrada por um “maestro” que organize os instrumentos e os sintonize em uma única e harmoniosa melodia. Nessa perspectiva, a definição do modelo de gestão do cuidado poderá ser a “partitura” que, ao ser construída de forma coletiva e pautada em valores e crenças representativas da equipe, possa conduzir a equipe a uma obra comum: o cuidado integral à criança. Nesse sentido, é preciso a participação dos envolvidos, com clareza da importância das ações para que todos se sintam comprometidos e corresponsáveis, conforme verbaliza a participante a seguir:

[...] muitas vezes, a gente não participa da elaboração do projeto administrativo de execução dessa assistência, dessas ações. Então, a gente acaba ficando muito com as ações e não compreende muito os objetivos, as perspectivas de melhoria e isso prejudica muito, porque demora muito para gente colocar em prática determinadas ações. Por exemplo, a gente teve uma reunião administrativa há algum tempo e dessas reuniões saíram algumas deliberações, o que eu percebo na prática? Apesar de quase todos estarmos nas reuniões, essas deliberações foram acatadas por nós, mas a gente percebe que não é todo mundo que coloca em prática o que deveria ser de todos, já que estávamos quase todos, mas o que faltou? Faltou uma discussão

maior, porque quando a gente trabalha com seres humanos, [...] o ser humano precisa entender e ver a importância das coisas para colocar em prática. Se não houver isso, não adianta, não se coloca em prática, porque muitas vezes exige uma mudança de postura e isso não é fácil. Então, eu ainda vejo muitos entraves nessa questão de quem planeja e quem faz [...] eu não sei se é a gente que não está se abrindo para as mudanças que estão acontecendo aí ao nosso redor ou se são as coisas que não estão sendo planejadas como deveriam, né? [...] acho que a gente deveria estar presente, não numa reunião deliberativa somente, a gente deveria estar presente numa reunião de organização e pensamentos das melhorias, né? Na elaboração dessas mudanças, dessa assistência, não sei, eu acho que talvez seja isso (en13).

Ressalta-se, nesse processo, a importância de os profissionais compreenderem os objetivos das ações para comprometerem-se com a sua execução. Assim, quando as ideias não são construídas coletivamente, mas apenas “acatadas”, leva-se algum tempo para serem praticadas. Entende-se que a criação e a incorporação de novos dispositivos de gestão do cuidado no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde dependem do seu envolvimento no processo de concepção e planejamento, visto que essa participação poderá gerar implicação, compromisso e valorização.

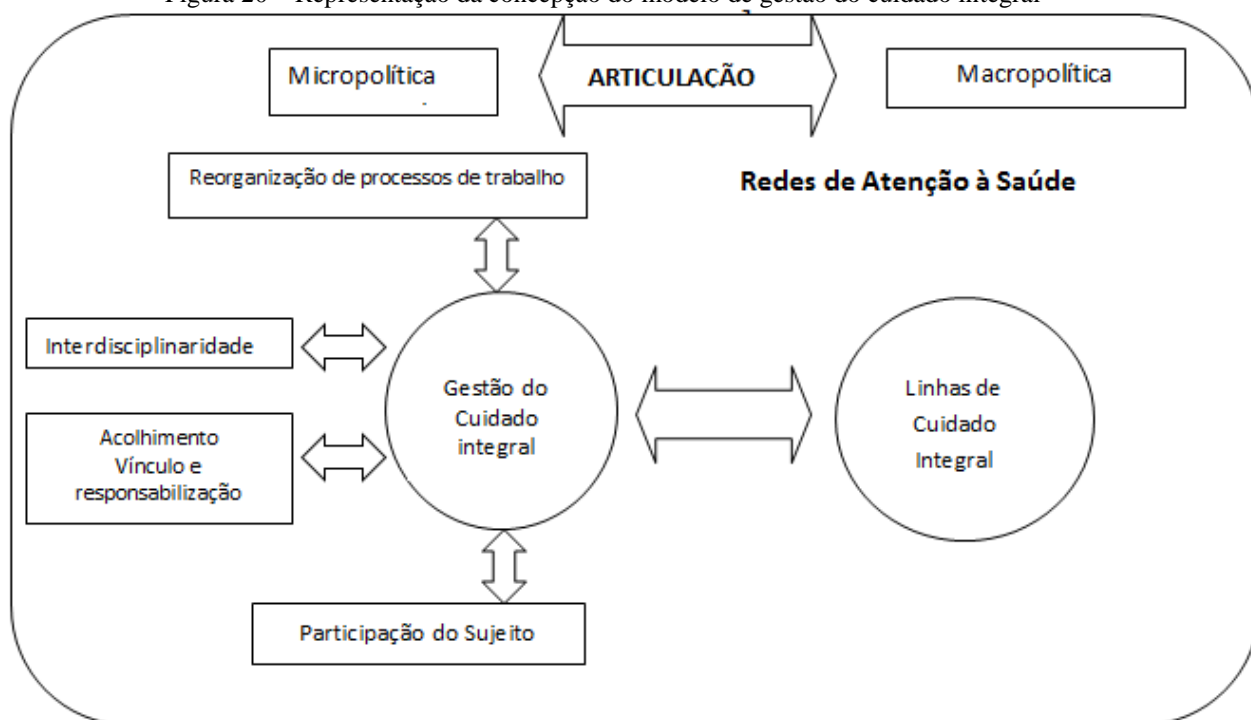
É preciso incluir os usuários e seus familiares nas práticas do cuidado e de gestão, não apenas circunscrito ao âmbito dos serviços de saúde, mas também presente no dia a dia das pessoas que continuarão o cuidado em saúde no seu contexto. Desse modo, torna-se importante incentivar a participação dos usuários e seus acompanhantes ou familiares nas práticas do cuidado, por meio de uma gestão mais compartilhada no cotidiano dos serviços de saúde. Isso exige reorganização do trabalho em saúde, nas relações e nos encontros entre usuários, família e profissionais (BRASIL, 2009).

Na unidade pediátrica, a participação da família no processo terapêutico da criança com doença crônica torna-se ainda mais necessária, pois a criança depende de um responsável para ter suas necessidades básicas atendidas. Com isso, nota-se um olhar voltado para o acompanhante/familiar, conforme menciona o depoimento seguinte:

[...] não sei se em relação ao hospital como um todo, mas na pediatria, a gente sempre tem esse cuidado maior, de olhar também para mãe, de ajudar aquela mãe que muitas vezes a gente vê “ah, essa mãe não entende”. Acho um olhar mais abrangente, né? Eu acho que muitas vezes a gente cuida daquela mãe também “ah aquela mãe tem problemas conjugais, problemas familiares, aquela criança não tem um ambiente saudável”. Então, a gente procura o serviço social que no caso entra muito aqui para ajudar a gente, né? Eu acho que pediatria tem aquela visão maior, aquela visão... O paciente chega ali e ele vê a família como um todo, vê aquela criança participando de um núcleo onde tudo aquilo vai influenciar na doença, no aspecto psicológico daquele paciente e lógico influencia em diagnósticos diferenciais e tudo (me15).

Esse entrevistado expõe uma visão mais abrangente sobre o cuidado à criança ao envolver o familiar/responsável, que em sua maioria é a figura materna, e está ali, integralmente, acompanhando todo o processo terapêutico da criança e traz consigo os seus problemas, dilemas, sonhos e expectativas. Diante disso, é preciso pensar modelos de gestão do cuidado que possibilitem organizar os microespaços das unidades assistenciais com base na interdisciplinaridade e na participação do sujeito/usuário, conforme se projeta na Figura 20 a seguir:

Figura 20 – Representação da concepção do modelo de gestão do cuidado integral



Fonte: Autoria própria, 2018

Demonstra-se uma concepção de gestão do cuidado integral que deve considerar a relação de interdependência e cooperação entre as dimensões profissional, organizacional e sistêmica da gestão do cuidado e a necessária coerência entre a micropolítica da unidade e a macropolítica de saúde. Assim, a oferta de uma assistência integral prescinde de reorganização dos processos de trabalho, com vista a superar as práticas fragmentadas e transversalizar o cuidado pela RAS, rompendo com os limites, os intramuros dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Nessa perspectiva, pode-se optar por modelos que considerem a diversidade cultural e social do contexto familiar da criança, como o pautado no modelo *sunrise* de Madeleine Leininger, que enfoca indivíduos, família, comunidades e instituições socioculturais. Essa

teoria se diferencia de outras à medida que inclui a “cultura” como característica particular, proporcionando um olhar holístico ao considerar a visão de mundo; o estado biofísico; a orientação religiosa; padrões de companheirismo; o ambiente político, econômico, legal, educacional, tecnológico e físico; linguagem e práticas de cuidado populares e profissionais (GEORGE, 2000).

Essa teoria tem como meta ofertar um cuidado congruente com a cultura para que os atos ou as decisões assistenciais sejam elaboradas e ajustadas a valores culturais, mediante a coparticipação do cliente nas ações e nas decisões profissionais, assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras (GEORGE, 2000). Acredita-se que esse modelo teórico apresenta um potencial de aplicabilidade pela equipe multiprofissional e pode ser desencadeado por meio de um processo de discussão e negociação com vista a abrir outras opções que possam convergir com o cuidado integral identificado e reconhecido pelos profissionais como um valor fundamental para a gestão do cuidado.

Nesse cenário, o líder da equipe, a partir do exercício da liderança, da comunicação, da articulação e da cooperação poderá oportunizar momentos de reflexão, discussão e negociação em torno dos modelos de gestão do cuidado e de seus mecanismos para sua institucionalização a fim de sintonizar as ações do cuidado desenvolvidas pela equipe.

#### **5.4.2 Limitação para continuar o cuidado à criança no domicílio**

As condições crônicas na infância tornaram-se uma tendência epidemiológica que exige um repensar na forma de organização da gestão do cuidado para atender as necessidades da criança, especialmente aquelas relacionadas à continuidade do cuidado no domicílio. Essa continuidade do cuidado tem grande relevância no contexto atual do sistema de saúde, tendo em vista as mudanças em face das pressões quanto à redução de custos e à necessária articulação entre os níveis de complexidade para alcançar o desenvolvimento do cuidado em rede. Sobre esse aspecto, observou-se, por meio da observação participante aliada à entrevista dos profissionais, o desafio vivenciado pela equipe multiprofissional para retornar a criança ao seu domicílio:

[...] A ajuda para a [criança] voltar para lá [casa] é muito difícil. Você não consegue mandar esse paciente para casa, o paciente fica internado aqui a vida toda e você não consegue esse entrosamento com a equipe de lá [UBS] para você manter esse paciente lá. Acaba o hospital assumindo um papel que não é mais o dele. Esse paciente tem que ir para o lugar de origem. Ficam muito aqui, é muito difícil dar a alta desse paciente, porque você não consegue o apoio de lá. Eu acho que a maior dificuldade é essa. Porque aqui todo mundo tem o interesse e fazem o possível para



conseguir tratar essa criança e liberar. Agora o interesse do pessoal de lá que vai receber é que você não encontra, né? E às vezes, mesmo quando você encontra para dar uma alta dessa criança, vem o pessoal de lá, a assistente social, às vezes você marca o retorno para vir e não tem ninguém que veja se vem ou se não vem, ela simplesmente desaparece. Eu acho que não tem uma pessoa que tome de conta disso. Mas da equipe do hospital, eu acho que tem todo esse interesse (me9).

[...] o paciente crônico fica por muito mais tempo internado, poderia ter sido abreviado e poderia envolver a área social de assistência para que tivesse um cuidado em casa, porque muitas vezes é bem difícil essa questão social em casa, para que ele tenha esse cuidado. Claro que a gente não tem como controlar quando ele for para casa, assim, como vai ser lá. Mas às vezes abreviar um tempo de internação, porque esse paciente crônico, ele corre risco de ter várias complicações futuras por estar em um ambiente hospitalar, e às vezes ele está aqui para fazer um exame, e às vezes por demorar muito, ele vai ficando, vai ficando, e às vezes pega uma sepse e aí corre o risco de às vezes não sair. Então, assim, envolve muitos outros cuidados que poderia ter abreviado sabe? [...] (fi10).

Para alguns dos entrevistados, existem dificuldades para levar essa criança de volta a sua casa, posto que os profissionais do hospital não conseguem manter uma relação contínua com a equipe da ABS, dificultando a alta hospitalar. Por esse motivo, a criança permanece longo tempo internada, levando o hospital a assumir uma posição que não é a sua.

Corroborando esses achados, Duarte et al. (2015), em seu estudo sobre o cuidado à criança com condição crônica de saúde na atenção primária, revelam que a forma de organização dos serviços na APS ainda privilegia o atendimento às condições agudas. Dessa forma, a continuidade do cuidado à criança com doença crônica torna-se um desafio em razão da fragmentação da assistência na UBS e na rede de serviços de saúde e ausência de coordenação pelos profissionais da APS.

[...] talvez a gente pudesse ter um olhar melhor para abreviar o internamento, envolver mais a equipe nesse sentido realmente eu acho que falta ainda. Envolver mais a equipe para abreviar o internamento dele e o cuidado para quando ele sair do hospital. Porque se eu não me engano, não tem... para os adultos a gente tem o sistema que acompanha [...] que é o SAD, parece que a pediatria não tem, tem outro, eu não sei. E às vezes fica difícil e geralmente a criança vai e às vezes volta, né? [...]. Falta ainda esse olhar para quando ele sair na comunidade mesmo, esse olhar futuro, fica mais restrito ao hospital, à experiência hospitalar, o cuidado é mais centralizado aqui. Alguns pacientes ainda conseguem, mas ainda falta, está começando, né? Está começando, né? Para caminhar para essa visão mais ampliada que é fundamental para a criança crônica (fi10).

Afirma-se a necessidade de um olhar mais amplo no sentido de buscar envolver toda a equipe multiprofissional com o propósito de “abreviar” o tempo de internação da criança e projetar o cuidado para além do hospital. Entende-se que a abordagem a esse paciente com doença crônica exige ênfase num cuidado abrangente, coordenado, durante todo o curso da doença, de forma mais proativa a fim de estabelecer, precocemente, riscos de mais gravidade

associados à doença e oferecer intervenções que possa minimizá-los (MCEWEN; WILLS, 2016).

Nessa perspectiva, McEwen e Wills (2016) explicitam iniciativas na área de saúde voltadas para a formação de organizações de cuidados responsáveis (OCR) ou modelo de coordenação de cuidados domiciliares centrados no paciente (CDCP) para gerenciar as doenças crônicas. Esse modelo de cuidado foi iniciado, na década de 1960, em pacientes pediátricos e tem como objetivo melhorar a coordenação do cuidado e reduzir custos, visto que enfatiza cuidados preventivos e primários.

Para Mendes et al. (2017), a continuidade do cuidado no domicílio é uma forma inovadora de prestar cuidado e se inicia no local onde a pessoa é atendida, de modo que a sua operacionalização exige a efetivação de contato, planejamento e organização precoce da alta. Sobre esse aspecto, alguns entrevistados mencionam a necessidade de se investir na alta hospitalar multiprofissional.

[...] acho também que a gente pode avançar na questão da alta hospitalar multiprofissional, né? Hoje a gente tem mais para os pacientes crônicos quando eles demandam uma atenção permanente de profissionais de saúde é em ambiente domiciliar e aí se faz relatos de diferentes profissões com as condutas que foram tomadas e as sugestões de cuidado domiciliar por parte dos profissionais que atenderam o paciente na instituição hospitalar. Mas, assim, a gente pode avançar no sentido de que todos os pacientes que saiam de alta hospitalar tenham previamente à sua saída a orientação de cuidados. [...] das diferentes profissões, eu acho que a gente pode avançar também nesse sentido (fa5).

Afirma-se haver a necessidade de avanços na alta hospitalar multiprofissional, já introduzida para algumas crianças com doença crônica que necessitam de atenção permanente, sendo esta realizada a partir da elaboração de relatórios escritos pelas diferentes profissões sobre as condutas desenvolvidas no hospital e as sugestões para sua continuidade no domicílio. Essa é a forma que a equipe encontrou de compartilhar o cuidado com os profissionais de outros níveis de complexidade.

Sobre esse aspecto, Mendes et al. (2017) afirmam que a partilha da informação clínica pode ser um meio de suporte à prestação e à continuidade do cuidado, por possibilitar a troca de informação entre profissionais de diferentes níveis de cuidado. Porém, a efetivação da continuidade do cuidado exige das organizações de saúde o estabelecimento de diferentes mecanismos, tais como: formação, planejamento e tomada de decisão em nível interinstitucional por meio de sistema de informação, de avaliação clínica interdisciplinar, de protocolos de acompanhamento e feedback profissional.

Resultados apresentados por estudo do sistema de saúde português ressaltam a continuidade do cuidado como sendo “a sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social” (MENDES et al., 2017, p. 842). Os autores identificaram três aspectos principais que envolvem a continuidade do cuidado, a saber: a continuidade da informação, a continuidade da gestão e a continuidade de relacionamento. Nesse sentido, a continuidade da informação se dá quando a informação é usada para garantir a transferência segura do cuidado, conforme os eventos e as circunstâncias pessoais ocorridos anteriormente. Por sua vez, a continuidade da gestão está relacionada à abordagem para gerir os cuidados de saúde do paciente e responder às mudanças de necessidades ocorridas no decorrer da vida; além disso, a continuidade de relacionamento refere-se à continuidade de relação terapêutica entre o paciente e um ou mais prestador de cuidado.

Observa-se que a equipe multiprofissional da unidade reconhece a continuidade da informação como necessária para dar sequência à gestão do cuidado em outros pontos de atenção à medida que a pratica, em algumas situações específicas. Entretanto, o repasse de informação não garante a continuidade da gestão em outros níveis de complexidade. A depender da forma de transmissão, pode gerar outros mal-entendidos.

Assim, a continuidade da gestão esbarra-se na definição de uma abordagem consistente por meio de um “modelo de gestão do cuidado” que possa responder às necessidades do usuário e das mudanças às quais os profissionais estão sujeitos ao longo de sua vida. Esse modelo deve estar articulado à política de saúde do SUS e à micropolítica institucional.

O cuidado ao paciente deve considerar ainda a manutenção da relação terapêutica do paciente crônico não somente com os especialistas, mas também com os profissionais da Atenção Básica e Atenção Domiciliar. Dessa forma, é preciso pensar “modelos” que possibilitem a continuidade e a longitudinalidade do cuidado à criança com doença crônica a partir de mecanismos que promovam a articulação e a interação entre os níveis de complexidade, de modo que facilite o acesso e a sequencialidade do trajeto dessa criança na Rede de Atenção à Saúde na perspectiva de Linhas de Cuidado.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar a gestão do cuidado à criança com doença crônica em uma unidade pediátrica de um hospital geral universitário, a partir de uma pesquisa qualitativa com base teórico- metodológica etnográfica institucional, possibilitou o desvelamento de influência da cultura organizacional sobre a estruturação dos processos de trabalho, as relações estabelecidas entre os profissionais e o protagonismo do enfermeiro na gestão do cuidado.

Este estudo sustentou a tese de que a cultura organizacional influencia a gestão do cuidado à criança com doença crônica que no contexto hospitalar encontra-se organizada em práticas compartimentalizada, fragmentada e pouco articulada com outros pontos da rede de atenção à saúde. Para alcançar a integralidade do cuidado é necessário criar um sistema cultural que possibilite a institucionalização de mecanismos voltados para a interprofissionalidade, práticas colaborativas e articulação em rede, onde o enfermeiro deve assumir a posição de articulador e gestor do cuidado, participando ativamente das ações interprofissionais e da comunicação com a equipe e com a Rede de Atenção à Saúde.

Entende-se o cuidado como a interação intersubjetiva entre sujeitos, e a gestão desse cuidado compreende o provimento de tecnologias em saúde para propiciar as pessoas, um ambiente confortável, seguro e o atendimento de suas necessidades por meio da combinação entre as tecnologias relacionais, o conhecimento e as tecnologias duras. Assim, é fundamental a organização dessa gestão nos serviços de saúde para o alcance da integralidade do cuidado, de forma que os processos de trabalho se estruturem e se fundamentem numa perspectiva de equipe, mediante a adoção de dispositivos compartilhados e capazes de propiciar um agir colaborativo.

Assim, no cenário do estudo, pudemos identificar, e até vivenciar, as recentes mudanças estrutural e organizacional, quando a unidade de pediatria deixou de ser um hospital independente e se integrou a um hospital geral, que atualmente passa por transformações tensionadas no contexto macropolítico. Não obstante, percebe-se que a unidade pediátrica luta para preservar sua identidade, no sentido de ofertar um projeto de cuidado centrado nas especificidades da criança, na condição de um ser em crescimento e desenvolvimento.

Nesse sentido, verificou-se, por meio dos artefatos do setor de internação pediátrica, a presença de elementos lúdicos visíveis nas vestimentas dos profissionais. Ademais, ações com foco no desenvolvimento cognitivo e social da criança que lembram o sistema cultural do

antigo hospital de pediatria e revela-se favorável à adoção de um modelo de gestão do cuidado humanizado e centrado na criança e em sua família.

Entretanto, as mudanças vivenciadas parecem trazer desconforto para os profissionais ao gerarem a necessidade de reorganização e adequação da unidade à nova estrutura de governança. Diante disso, os profissionais acreditam que a criança perdeu o foco de atenção, evidenciando a necessidade de uma reestruturação cultural da unidade, que precisa transcender o processo de adaptação interna para se identificar no contexto de um hospital geral. Em contrapartida, evidenciaram-se ganhos para atenção à saúde da criança, considerando que a estrutura tecnológica do hospital permitiu a essa criança mais acesso a exames de imagem e abertura de cinco leitos de UTIP, possibilitando a oferta de uma assistência de alta complexidade, coerente com a sua posição na Rede de Atenção à Saúde.

Foi possível identificar alguns mecanismos utilizados pela equipe multiprofissional para a gestão do cuidado à criança com doença crônica, e/ou a forma como os processos de trabalho se estruturam nessa unidade, destacando-se *a visita médica* como importante ferramenta de gestão do cuidado, reconhecida por todos da equipe, uma vez que funciona “aberta” a todos os profissionais e oportuniza *um encontro formal* entre os protagonistas dessa gestão de cuidado. Porém, a visita parece estar estruturada numa concepção biomédica, com foco no tratamento e na cura do paciente, e, mesmo já contando com a participação da equipe multiprofissional de forma contínua, ainda se considera uma participação tímida, realizando poucas intervenções. Não se pode negar que a *visita médica* se revelou um potencial para o exercício do trabalho em equipe, mas que precisa ser repensada para tornar-se efetivamente interprofissional.

Nessa perspectiva, sugere-se a padronização de um dia da semana para a discussão interprofissional, a bem da sua viabilização e participação ativa de todas as profissões, com a definição de um local com requisitos de conforto e privacidade para a sua realização e a criação de um instrumento único para a consolidação das intervenções e dos resultados das discussões em equipe. Além disso, sugere-se a institucionalização de outros mecanismos que, associados à visita, possam favorecer a internalização da gestão do cuidado integral, tais como: discussão sistemática de caso clínico, elaboração de projeto terapêutico singular e alta hospitalar qualificada.

Com relação à organização dos processos de trabalho, além do médico e da equipe de enfermagem, apresentam-se diariamente na unidade psicólogo, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta e assistente social, constituindo-se uma equipe multiprofissional, embora alguns desses não desenvolvam suas atividades exclusivamente na pediatria. Esses profissionais

mostraram-se “inquietos e abertos” a novas formas de organização do cuidado, uma vez que reconhecem a importância do trabalho em equipe e a necessidade de se adotar um modelo de gestão do cuidado que conduza ao compartilhamento do cuidado e à articulação em rede.

Em uma dimensão prática, a organização da gestão do cuidado é marcada pela influência do modelo hegemônico, caracterizada pela fragmentação do cuidado, por poucas práticas colaborativas, cujos processos de acolhimento e passagem de plantão são realizados individualmente. Quanto às reuniões, estas parecem acontecer por categoria profissional, visto que, durante os quatro meses de trabalho de campo, não se observaram reuniões com toda a equipe da unidade.

A integralidade do cuidado ainda em processo de materialização constitui-se num desafio, visto que exige interação e articulação, tanto entre os profissionais do serviço quanto entre os distintos pontos da RAS. Na unidade pediátrica, as dificuldades de interação e articulação com a Rede de Atenção à Saúde da Criança com Doença Crônica para garantia da longitudinalidade e da continuidade do cuidado no domicílio são visivelmente identificadas. Dessa forma, observaram-se fragilidades tanto em relação ao acesso da criança à unidade especializada quanto ao que diz respeito a sua preparação para a alta hospitalar. Trata-se de um momento no qual a criança chega à unidade por meio de contatos telefônicos pessoais entre médicos das unidades de saúde que requerem a vaga e o plantonista do setor.

Muito embora exista, no hospital, um dispositivo de regulação formalmente instituído pelo Núcleo Interno de Regulação, evidenciou-se pouca utilização desse mecanismo pela equipe da pediatria. Há ainda uma visível insegurança dos profissionais quanto à rede de atenção à saúde da criança no Estado, descrita como sucateada e de difícil acesso. Assim, a alta hospitalar à criança com doença crônica permanece um desafio para a equipe, que expressa vivenciar dificuldades nos contatos junto à UBS e aos gestores de saúde dos municípios, a fim de garantir o seguimento do cuidado.

Embora a alta hospitalar da criança seja socializada com a equipe multiprofissional durante as visitas, ainda não se adota o modelo de alta qualificada. Nessa perspectiva, há pouca participação de outros profissionais nesse processo, restringindo-se aos casos mais severos. Nessas situações, a assistente social se destaca como o profissional que busca a articulação com a rede de proteção e com os municípios de origem da criança. O enfermeiro e outros profissionais atuam na capacitação do acompanhante para executar cuidados específicos no domicílio e utilizam a descrição de relatórios sobre o cuidado prestado no hospital como forma de comunicarem-se com a rede.

Porém, não há uma concreta articulação da unidade hospitalar com a Atenção Primária à Saúde com vista ao compartilhamento do cuidado e à garantia do princípio de longitudinalidade. Associada a pouca credibilidade atribuída à Rede de Atenção à Saúde, prevalece a crença de que o paciente crônico pertence ao “médico especialista” e isso fortalece a segmentação do cuidado, a centralização nas especialidades e no hospital. Como consequência, essas crianças são vinculadas ao ambulatório pediátrico e acompanhadas quase que exclusivamente pelo especialista do hospital universitário.

Assim, perceberam-se algumas fragilidades da gestão do cuidado à criança com doença crônica, a saber: indefinição de modelo de gestão do cuidado pactuado em equipe; pouca interação e articulação da unidade com a RAS; e a continuidade do cuidado no domicílio. De forma velada, os profissionais acreditam direcionar suas ações para o cuidado integral. Porém, esses valores parecem estar associados aos princípios doutrinários do SUS e não formalmente instituídos.

Destaca-se, então, a importância do conhecimento construído pelo estudo para fomentar a organização de discussões internas entre profissionais, líderes da unidade e gerentes do hospital, a fim de oportunizar a eles momentos de reflexão sobre a organização dos processos de trabalhos e delineamento de um modelo de gestão do cuidado integral, com estratégias e mecanismos que possam conduzi-los ao trabalho articulado em rede e em linhas de cuidado centrado nas necessidades da criança e de sua família.

Tal discussão deve se dar de forma contínua e participativa para a reestruturação cultural da unidade de pediatria. Por conseguinte, não deve ficar restrito ao nível interno da organização, é preciso conversar e pactuar com outros componentes da RAS de forma a estabelecer mecanismos de comunicação e articulação que viabilizem um projeto de cuidado integral.

Esses encontros servem, principalmente, para a pactuação de estratégias que possam fortalecer a oferta de um cuidado integral à criança com doença crônica, tanto em nível interno do hospital – a partir da institucionalização de mecanismos como: alta hospitalar qualificada e o Projeto Terapêutico Singular – quanto na dimensão sistêmica, por meio da construção de ferramentas de articulação e integração à Rede de Atenção à Saúde da Criança, que pode ser pensada e viabilizada em conjunto com o Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS) que integra o hospital universitário.

Mesmo diante de algumas limitações, a estrutura do hospital universitário pode ser destacada como um potencial para a organização da gestão do cuidado à criança com doença crônica, visto que apresenta um aparato tecnológico que lhe permite cumprir o seu papel na

Rede de Atenção à Saúde. Além disso, é considerado um campo fértil para o desenvolvimento de estudos e reflexões à medida que é constituído por docentes e profissionais de alta qualificação técnica e conta com programas de residência multiprofissional em saúde que aparecem como uma estratégia de fortalecimento do trabalho em equipe. A cultura da segurança do paciente também se revelou um potencial para a gestão do cuidado, provocando mudança de postura dos profissionais e constante preocupação quanto à oferta de um cuidado seguro e qualificado.

Sobre a prática do enfermeiro na gestão do cuidado, percebe-se um perfil de profissional essencialmente assistencial, com vista à interação sistemática com a criança e o seu responsável, por meio de visitas diárias em todos os turnos de trabalho e uso de instrumento padronizado. Nesse contexto, o Processo de Enfermagem é executado por todos os profissionais e em todas as suas etapas, sendo reconhecido como mecanismo de gestão do cuidado em enfermagem.

As enfermeiras, em sua maioria, vieram do antigo hospital de pediatria, onde iniciaram os primeiros passos da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a partir da implementação do Processo de Enfermagem, constituindo-se um terreno fértil para o desenvolvimento dessa prática. Ao chegar ao novo cenário, encontraram uma estrutura tecnológica organizada por meio do Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU) e a definição de normas que preconizavam a institucionalização da SAE no hospital.

Favorecidas pela nova estrutura do hospital geral, as enfermeiras da unidade pediátrica conquistaram avanços na instrumentalização da SAE com a implementação do diagnóstico e a prescrição de enfermagem. Mesmo diante desses avanços, evidenciam-se oportunidades de melhoria expressas pela permanente necessidade de desenvolvimento das competências e habilidades dos enfermeiros, seja para a realização de um exame físico mais avançado na criança, seja para a melhoria no compartilhamento dos resultados do processo de enfermagem por meio de discussões e interação com as demais categorias profissionais, a fim de torná-lo mais visível para além da enfermagem. É preciso também estabelecer uma cultura de avaliação em enfermagem com base na definição de indicadores que possibilitem a melhoria da qualidade do cuidado.

Inseridas nesse contexto, as enfermeiras reconhecem o estabelecimento de relações cooperativas para com a equipe multiprofissional como necessárias ao desenvolvimento da gestão do cuidado. Porém, expressam dificuldades em participar de discussões interprofissionais em razão da dinâmica da unidade, que exige do enfermeiro presença constante, não somente nas atividades assistenciais, mas também nas administrativas. Nesse



caso, as condições estruturais do setor nem sempre possibilitam número suficiente de enfermeiros que permita aos profissionais se deslocarem para essas atividades.

Nessa perspectiva, a enfermeira se vê como gestora do cuidado à medida que o organiza e intermedia as relações entre médico, usuário e as diversas categorias profissionais para prover as condições materiais necessárias ao processo assistencial. Em contrapartida, as demais categorias profissionais atribuem ao enfermeiro uma responsabilidade para além da gestão do cuidado, visto que o relaciona à organização da unidade, uma espécie de administradora de tudo o que envolve o paciente, como possível consequência da reprodução histórica, cultural e social do enfermeiro como organizador do serviço.

Diante disso, as enfermeiras sentem-se sobrecarregadas de atividades assistencial, educativa e gerencial. Isso parece dificultar a articulação e a integração entre essas dimensões, sugerindo a necessidade de dividi-las por meio da disponibilização diária de um profissional enfermeiro voltado, exclusivamente, para as demandas administrativas do setor.

Notou-se, ainda, um posicionamento crítico do enfermeiro sobre a forma de organização do cuidado na unidade e o desejo de romper com os padrões instituídos para alcançar novas possibilidades. Nessa mesma direção, foram percebidos reconhecimentos de profissionais da equipe sobre a posição de destaque do enfermeiro na gestão do cuidado, não atribuído somente pela relação de mediação que ele estabelece entre os profissionais e usuários, mas especialmente pela sua proximidade com o paciente nos processos de acolhimento, educação e cuidado.

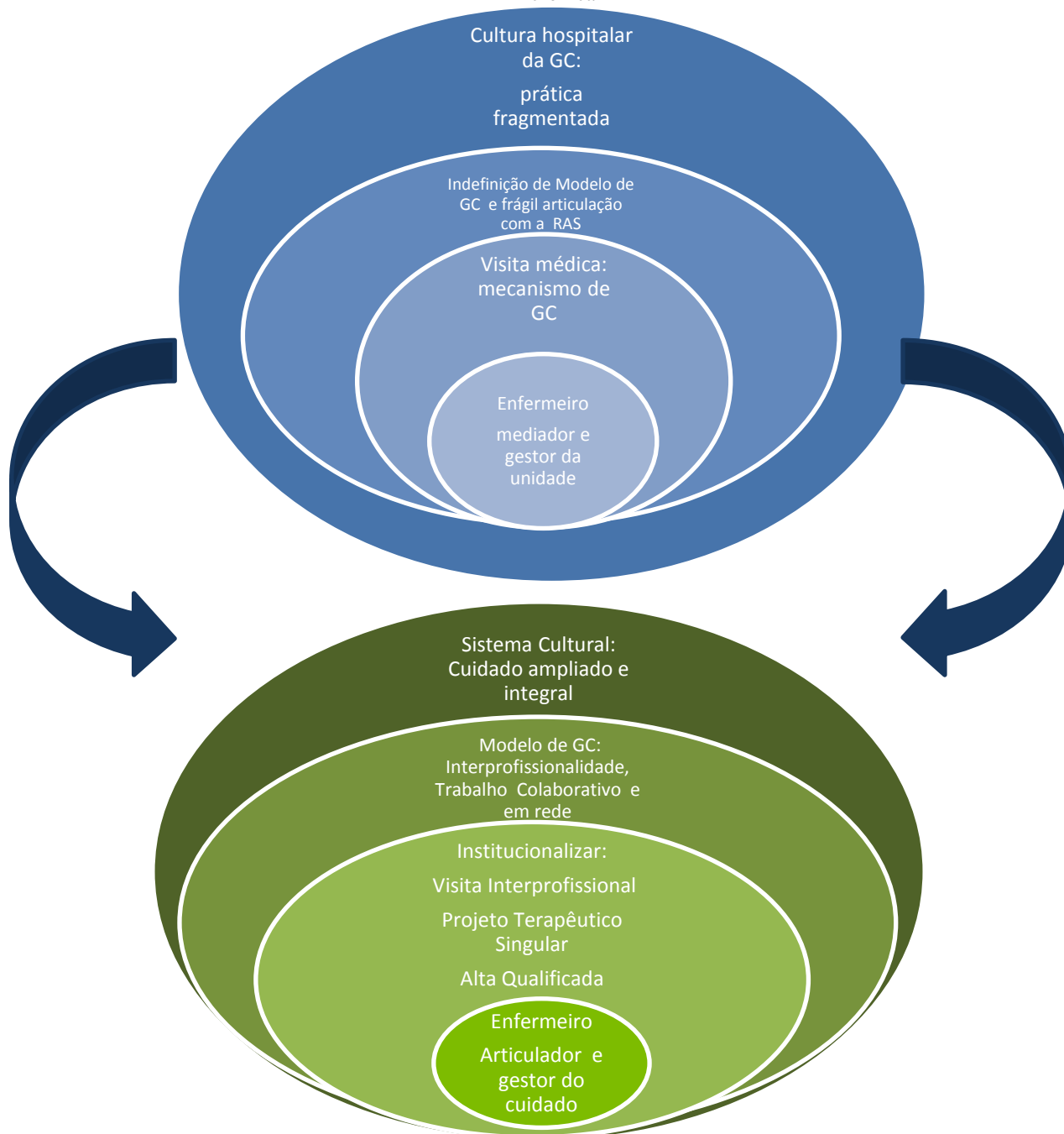
Em relação à articulação do enfermeiro com a RAS, embora se identifique preocupação com a continuidade do cuidado, revelou-se fragilidade no processo de comunicação com a Unidade Básica de Saúde, influenciada pela própria cultura hospitalar que ainda não estabeleceu mecanismos de articulação. Assim, a participação do enfermeiro nesse processo não acontece formalmente e se dá por meio da identificação de casos que necessitam da continuidade do cuidado no domicílio intermediado pelo serviço social.

Diante de situações em que há necessidade de manter cuidados domiciliares complexos, os enfermeiros afirmam atuar na capacitação dos acompanhantes para que estes desenvolvam habilidades necessárias para sua continuidade. Apesar disso, esses profissionais só se comunicam com a Rede, estritamente, por meio de relatórios, nos quais descrevem os procedimentos desenvolvidos em nível hospitalar a fim de que os profissionais da UBS tenham acesso a essas informações. Percebe-se, assim, a influência da cultura hospitalar na comunicação e na articulação com a Rede, tornando-se uma dificuldade para o exercício da articulação, cooperação e integração, atributos essenciais para a prática na gestão do cuidado.

A realização deste estudo foi permeada pelo desejo de contribuir com a Rede de Atenção à Saúde da Criança com Doença Crônica e trazer à tona novas possibilidades de organização da gestão do cuidado com vista à integralidade. Para esta pesquisadora, o estudo teve um significado especial, em razão de sua inserção como profissional ter se iniciado há vinte e três anos no antigo hospital de pediatria. Com base nessa experiência e considerando ser enfermeira e, atualmente, coordenadora da residência multiprofissional em saúde da criança, acredita-se que essa contribuição poderá ser incrementada na formação da equipe de residentes multiprofissional como possível laboratório para o exercício dos mecanismos de gestão do cuidado integral.

Por fim, apresenta-se a seguir (Figura 21) uma representação gráfica acerca do resultado deste estudo, que embora revele um contexto cultural marcado pela segmentação do cuidado e das práticas fragmentadas, vislumbra um sistema cultural que possa atender as necessidades da criança com condição crônica, pautando-se no cuidado integral, na interprofissionalidade, no trabalho colaborativo e em rede; que o enfermeiro, nesse contexto, possa assumir a posição de articulador e de gestor do cuidado.

Figura 21 – Representação gráfica da influência da cultura hospitalar na gestão do cuidado à criança com doença crônica



Fonte: Elaborada pela pesquisadora, 2018

## REFERÊNCIAS

- ADÁN, M.C. et al. Condiciones sociolaborales como base para la gestión del cuidado em unidades de alta complejidad. **Rev Cub de Enferm.**, v. 27, n. 4, p. 289-308, 2011.
- AGUERO, S.E.; KLIJN, T.P. Enfermeira en el rol de gestora de lo cuidados. **Cienc Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 33-39, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000300005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jul. 2015.
- AGUIAR, D. F. et al. Gerenciamento de enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronariana. **Chía Colombia**, v. 10, n. 2: p. 113-31, 2010.
- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem**. Um guia passo a passo. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- ALMEIDA, M. L. et al. Instrumentos gerenciais utilizadas na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20 (esp.), p. 131-137, 2011.
- ÁNGEL-JIMÉNEZ, G.M.; LOPERA-ARRUBLA, C.P. Relevance y level of aplicacion of management competencies in nursing. **Invest Educ Enferm.**, v. 31, n. 1, 2013.
- ANSENJO, M.A. **Las claves de la gestion hospitalaria**. Barcelona: Gestión; 2000.
- ARAÚJO, T.A.M.; VASCONCELOS, A.C.C.P. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar entre residentes e preceptores. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017.
- ARAÚJO, Y.B. et al. Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 498-505, jul./set. 2009.
- AYRES, J. R.C.M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.
- AZEVEDO, A.L.C.S.; SCARPARO, A.F.; CHAVES, L.D.P. Ações assistenciais e gerenciais do enfermeiro em urgências traumáticas. **Invest Educ Enferm.**, v. 31, n. 1, p. 36-43, 2013.
- AZEVEDO, L. Iniciando a pesquisa baseada na etnografia institucional. In: VERAS, R. V. (Org.). **Introdução à etnografia institucional: mapeando as práticas na assistência à saúde**. Salvador: Edufba, 2014. p. 59-69.
- BACKES, D.S. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem como fenômeno interativo multidimensional. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 6, dezembro 2008. Disponível em: <<http://www.redlyc.org/articulo.oa?id+281421896007>>. Acesso em: 5 maio 2017.

BARBOSA, S.F.A.; COSTA, F.M.; VIEIRA, M. A. Causas de hospitalização de crianças: uma revisão integrativa da realidade brasileira. **Rev. de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 18, n. 2, p. 129-137, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, V.P.M.; TONINI, T.; AGUIAR, B.G.C. Nursing care management of clients in intensive care: content analysis. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v. 12, n. suplementar, 2013. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4076/html>>. Acesso em: 2 fev. 2018.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 64-87, 2002.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Cad FNEPAS**, v. 2, p. 25-28, 2012.

BAZTÁN, A. A. **Etnografía**: Metodologia cualitativa en la investigación sociocultural. Barcelona: Marcombo, SA. Ed Bixareu Universitária, 1995.

BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: Experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.B., MATTOS, R.A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS; UERJ, 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 543/2017**. Atualiza e Estabelece Parâmetro para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/loais em que são realizadas as atividades de enfermagem; [Internet] Brasília: COFEN; 2017. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html)>. Acesso em: 24 abr. 2018.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Contrato nº 005/2013**. Processo 23077.051869/2013-57. Contrato que entre si celebram a Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. 2013d.

BRASIL. Lei 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 set 1990a; Seção 1:018055.

BRASIL. **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990c. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 11 maio 2018.

BRASIL. **Lei nº 12.550**, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o poder executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – código penal e dá outras providências. Presidência da República. Brasília, 2011c.

BRASIL. **Lei nº 8969**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília 1990b.

BRASIL. Ministério da Educação. Estrutura Organizacional dos hospitais sob gestão da EBSEH: **Diretrizes Técnicas**. Versão 1.0, março 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rio Grande do Norte. **Caderno de informações para a gestão estadual do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. 2006. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil. 2013. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/29/3-Forum-Latino-Americano-de-Qualidade-e-Seguranca-na-Saude.pdf> h. Acesso em: 11 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483**, de 1 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html)>. Acesso em: 2 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529** de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 963**, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), 2013a. Disponível

em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html)>. Acesso em: 2 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS**. v. 3. Atenção Hospitalar. Brasília (DF), 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da atenção à saúde. **Política Nacional de Humanização de Atenção e Gestão do SUS**. Série B. Textos básicos de saúde. 1. ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Portaria nº 776/16-R**, de 28 de Abril de 2016. Recomendações constantes do Acórdão 2983/2015 de 18 de novembro de 2015, do plenário do Tribunal de Contas da União Acórdão 436/2016-TCU-Plenário, de 02 de março de 2016 e do Contrato nº 055/2013, de 29 de agosto de 2013.

CAMPBELL, M. L.; GREGOR, F. M. **Mapping social relations: a primer in doing institutional ethnography**. Oxford: Altamira Press, 2004.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. 2. ed. Porto: Afrontamento, 1993.

CARDOSO, C.G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. Educ. Saúde**, v. 9, supl. 1, p. 85-112, 2011.

CARDOSO, G.B.; SILVA, A.L.A. O processo de trabalho da enfermagem: articulação das tecnologias do cuidado. **Rev Enferm.**, v. 18, n. 3, jul./set. 2010.

CARMO, M.; ANDRADE, E.L.G.; MOTA, J.A.C. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde – uma trajetória positiva de integração. **REME**; v. 11, n. 4, out./dez. 2007.

CARVALHO, P.S. Cultura e mudança organizacional: compreendendo o indivíduo na organização. **Portal dos psicólogos**. 2015. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0893.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

CECÍLIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado à saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 15, n. 37, p. 589-99, abr./jun. 2011.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R, MATTOS, R (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS; Abrasco; 2003. p. 45-60.

CHRISTOVAM, B.P.; PORTO, I.S.; OLIVEIRA, D. C. de. Nursing care management in hospital settings: the building of a construct. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 734-741, jun. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 jan. 2018.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Cuidar**: a primeira arte da vida. 2. ed. Portugal: Lusociências, 2003.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida**. 5. ed. Portugal: Lidel, 1999.

COSTA-DIAS, M.J.M. da.; FERREIRA, P.L. Escalas de avaliação de risco de quedas. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser IV, n. 2, p. 153-161, jun. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832014000200016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000200016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 8 fev. 2018.

CROZATTI, J. Modelos de Gestão e cultura organizacional – conceitos e interações. **FIPECAFI**, Cadernos de Estudos, São Paulo, v. 10, n. 18, maio/ago. 1998.

DAMATTA, R. O ofício de etnólogo, ou como ter “Antropological Blues”. In: NUNES, E. de Oliveira (Org.). **A aventura sociológica**: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa sociol. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. Cap. 1, p. 23-35.

DUARTE, E.D. et al. Cuidado à criança em condição crônica na Atenção Primária: Desafios do Modelo de Atenção à Saúde. **Texto & Contexto de Enfermagem**, v. 24, n. 4, 2015.

ESPELETA, J.; ROCKWELL, E. **Pesquisa participante**. São Paulo: Cortez, 1986.

FABBRI, J. D. Cultura institucional: una perspectiva para comprender qué sucede dentro de la organización y con su gente. **Rev Cien Cult**, La Paz, n. 8, p. 101-106, dic. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-33232000000200011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-33232000000200011&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 2 nov. 2017.

FADEL, M.A.V.; FILHO, G. I. R. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 7-22, 2009.

FARIAS, S. F. et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des)caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva** [en linea], março 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018473037>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

FARLEY, J.E. et al. Development and Evaluation of a Pilot Nurse Case Management Model to Address Multidrug-Resistant Tuberculosis (MDR-TB) and HIV in South Africa. **PLOS ONE**, v. 9, n. 1, p. 111-702, 2014.

FERTONANI, H. P. et al. Modelos de Atenção à Saúde: conceitos e desafios para atenção básica brasileira. **Cienc.&Saúde coletiva**, v. 20, n. 6, p.18-78, 2015.



FEWERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado gestão e formação. L. C. M. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

FORTE, E. C. N.; PIRES, D. E. P.; TRIGO, S. V. V. P.; MARTINS, M. M. F. P. S. A hermenêutica e Software atlas.ti: união promissora. *Rev. Text. Context. de enf.* 26 (4), 2017.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 125-133.

GARCIA, A.V.; ARGENTA C.E.; SANCHEZ, K.R.; SÃO THIAGO, M.L. O Grupo de Trabalho de Humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 211-234, 2010.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: S. A., 1989.

GEHLEN, G.; LIMA, M.A.D.S. Nursing work in care practice at Emergency Care Units in Porto Alegre/RS. **Invest Educ Enferm.**, v. 31, n. 1, p. 26-35, 2013.

GEORGE, J. B. **Teorias da enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Arte Médica Sul, 2000.

HOLZ, C.B. et al. Hospital na Rede de Atenção à Saúde: uma reflexão teórica. **Rev. Espaço. Cienc. Saúde**, v. 4, p. 101-115, 2016.

KOERICH, C. et al. Gestão do Cuidado de enfermagem ao adolescente que vive com HIV/AIDS. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 115-123, 2015.

KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. 5. ed. São Paulo. Perspectiva, 1997.

LANZONI, G. M. M. et al. Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. **Rev Eletr. Enf.**, v. 17, n. 2, p. 322-332, 2015.

LEITE, J. L. et al. Delineando um modelo de cuidado a partir del análisis sistemático de la actividad diaria del enfermero en un hospital universitario de Rio de Janeiro. **Chía Colombia**, v. 10, n. 8, 2010.

LEITE, M. F. et al. Condição crônica na infância durante a hospitalização: sofrimento do cuidador familiar. **Cienc Cuid Saud**, v. 11, n. 1, jan./mar., p. 52-57, 2012.

LEOPARDI M.T. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papalivros; 1999.

LOBO, M. S. de C. et al. Avaliação de desempenho e integração docente-assistencial nos hospitais universitários. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 581-590, ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 jan. 2018.

LOUZADA, A.P.F.; BONALDI, C.; BARROS, M.E.B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. de.; MATOS, R. A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2010.

MAIA, A.C.A.R. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 29, n. 3, p. 406-414, 2011.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface, comunic, saúde e educ.**, v. 14, n. 4, p. 593-605, jul./set. 2010.

MARINHO, C.C.C. et al. O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado: (vi)vendo o tecer dos fios. **Rev Bahiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 619-633, 2011.

MATUDA, C.G. et al. Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva** [en linea], 20 ago. 2015. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63040294023>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

MAYA, Á. M. S. Tendencias internacionales del cuidado de Enfermería. **Invest Educ Enferm.**, v. 29, n. 2, 2011.

McEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases Teóricas de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MENDES E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização pan-americana da saúde, 2011.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: OPAS; 2012.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, F. R. P.; GEMITO, M. L. G. P.; CALDEIRA, E. C.; SERRA, I. C. CASAS-NOVAS, M.V. A continuidade do cuidado de saúde na perspectiva dos utentes. **Cienc.& Saude Col.** 22(3): 841-853, 2017.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E.E. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 108-137. (Série B.Textos Básicos de Saúde).

MERHY, E.; ONOCKO, R (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MILOS H, P.; BORQUEZ P, B.; LARRAIN S, A.I. La gestión del cuidado en la legislación chilena: interpretación y alcance. **Cienc. enferm.** Concepción, v. 16, n. 1, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000100003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100003&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jul. 2015.

MONTEZELLI, J.H.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e demandas de cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem** [en linea], mar./abr. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019461020>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

MOREIRA, M. E. L.; GOLDANI, M. Z. A criança é o pai do homem: novos desafios para área de saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 321-327, 2010.

MORORO, D. D. de S. et al. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 323-332, maio 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002017000300323&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000300323&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 5 jan. 2018.

MOURA, C. M. S. S.; JUCHEM B. C.; FALK, M. L. R.; MAGALHÃES, A. M. M.; SUZUKI, L. M. Construção e implementação de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 136-140, 2009.

NÓBREGA, V.M. et al. Longitudinalidade e continuidade do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 656-663, 2015.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. Brasília: OPAS/OMS, 2004.

PAIVA, S. M. et al. Teorias administrativas na saúde. **Rev Enferm UERJ**, v. 18, n. 2, p. 311-316, 2010.

PEDROSO, R.T.; VIEIRA, M.E.M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 13, supl 1, p. 695-700, 2009.

PEIRANO, M. **Rituais ontem e hoje**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

PEIXOTO, T.C.; BRITO, M.J.M.; SANTANA, L.C. Gestão de pessoas em unidade pediátrica do diagnóstico ONA e de profissionais. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 4, p. 893-912, 2012.

PEREIRA, R. Queda em Pediatria: Um desafio para a equipe multidisciplinar. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SABARÁ DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS. 2., 2014, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Blucher, v. 1, n. 4, p. 46-52, 2014.

PINHEIRO, V.S. A etnografia institucional: notas teóricas introdutoras in: VERAS, R. V. (Org.). **Introdução à etnografia institucional**: mapeando as práticas na assistência à saúde. Salvador: Edufba, 2014. p. 15-25.

PINTO, D. M. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, 2011.

PIRES, M. R.G. M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciênc & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, 2005.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PROSHNOW, A.G.; LEITE, J.L.; ERDMANN, A.L. Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 583-590, 2005.

ROCHA, F. L. R et al. A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 2, p. 308-314, 2014.

SANTOS, A. M. dos. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia)**: desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde. 2013. 334f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, A.M.; GIOVANELL A.L. Gestão de cuidado integral: estudo de casos em regiões de saúde da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 2016.

SANTOS, J. L. G. et al. Desafios para o cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 136-143, 2012.

SANTOS, J. L. G.; LIMA, M A. D. S; KLOCK, P.; ERDMANN, A. L. Concepções do enfermeiro sobre gerência do cuidado em um serviço de emergência: estudo exploratório - descritivo. **Online Brasília Journal of nursing**, 2012.

SANTOS, J. L.G., LIMA, M. A. D. S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, 695-702, dez. 2011.

SANTOS, L. M. et al. Aplicabilidade do modelo teórico a famílias de crianças com doenças crônicas em cuidados intensivos. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 2, p.187-94, 2014.

SANTOS, S. R. Cultura nas instituições de saúde e suas relações com a identidade individual. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 229-235, 2007.

SCHEIN, E.H. **Organizational culture and leadership**. 4. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2010.

SENNA, M.H. et al. Significados da gerência do cuidado construídos ao longo da formação profissional do enfermeiro. **Rev. Rene**, Fortaleza, mar.-abr., v. 15, n. 2, p. 196-215, 2014.

SILVA, A. C. B. e; SANTA ROSA, D. O. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. esp, p. 1-10, 2016.

SILVA, A. G.; RIBEIRO, L. E. A.; ARAÚJO, J. M. O. O direito a escolarização: implementação da classe hospitalar do Hospital Universitário Onofre Lopes do RN. V Seminário Internação sobre profissionalização docente, 26 1 29 de outubro, 2015.

SILVA, A.S.; PINTO, J.M (Org.). **Metodologia das ciências sociais**. 8. ed. Porto: Afrontamento, 1997.

SILVA, R. V.G.O.; RAMOS, F. R. S. Processo de alta hospitalar da criança: percepções do enfermeiro acerca dos limites e das potencialidades de sua prática para atenção integral. **Text e context enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 247-254, 2011.

SILVA, R.V.G.O.; RAMOS, F.R.S. O trabalho de Enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. **Rev Gaúcha de enferm**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, 2011.

SMITH, D. E. **Institucional ethnography**: a sociology for people. Toronto: Altamira Press, 2005.

SOUSA, T.V.; OLIVEIRA, I.C.S. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. **Esc. Anna. Nery**, v. 14, n. 3, 2010.

SOUZA, M.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein.**, v. 8, n. 1, p.102-106, 2010.

STREUBERT, H.J.; CARPENTER, DR. **Investigação Qualitativa em Enfermagem**: Avançando o Imperativo Humanista. 2. ed. Camarate: Lusociência, 2002.

TEIXEIRA, G. M. et al. **Gestão Estratégicas de pessoas**. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009. Cap 4, p. 137-158.

UBALDO, I.; MATOS, E.; SALUM, N. C. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA I com base nos problemas segundo Teoria de Wanda Horta. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 4, p. 672-694, 2015.

VELHO, G. **Individualismo e cultura**: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. 8. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

VÉRAS, R.M.; MORAIS, F.R. R. Iniciando a pesquisa baseada na etnografia institucional. In: VERAS, R. V. (Org.). **Introdução à etnografia institucional**: mapeando as práticas na assistência à saúde. Salvador: Edufba, 2014. p. 41-58.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 133-341, 2013.

WALDOW, V. R. Cuidado colaborativo em instituições de saúde: a enfermeira como integradora. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1145-1152, 2014.

WEBER, F. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo?. **Horizontes antropológicos**, Porto Alegre, v. 15, n. 32, p. 157-170, 2009.

YAMAMOTO, D.M. et al. O processo de trabalho dos enfermeiros em unidade de alojamento conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. **Text. Context. Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 224-232, 2009.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

### Esclarecimentos

Senhor (a),

Este é um convite para você participar da pesquisa intitulada: **A GESTÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIA** que tem como pesquisador responsável Deborah Dinorah de Sá Mororó.

Esta pesquisa tem como objetivo descrever e analisar como está organizada a gestão do cuidado à criança com doença crônica na unidade pediátrica, quanto à organização dos processos de trabalho dos profissionais do serviço relativo ao acolhimento dos usuários, visita ao paciente à beira do leito, discussão de caso clínico, reunião multiprofissional, articulação interna da equipe, preparação da alta hospitalar, articulação com a Rede de Atenção à Saúde e como o enfermeiro atua nesse contexto.

O motivo de realização desse estudo deve-se ao fato de se considerar fundamental compreender a organização da gestão do cuidado às crianças com doenças crônicas na unidade pediátrica, as ações desenvolvidas pelo enfermeiro e a forma como esta unidade realiza a articulação com a Rede de Atenção à Saúde durante a alta hospitalar para identificar os fatores que interferem no desenvolvimento de um cuidado integral e poder contribuir para a melhoria da qualidade assistencial ofertada a esses pacientes.

Caso você decida participar, você deverá ser submetido ao preenchimento de um questionário referente ao perfil do participante e uma entrevista realizada por meio de um questionário semi-estruturado com questões abertas sobre como você percebe a organização do cuidado à criança com doença crônica na unidade pediátrica e como você participa desse processo. A entrevista será realizada em local e horário mais conveniente para você, previamente acordado e terá a duração média de 40 minutos e poderá ter gravação de voz, caso você autorize o uso de gravador.

Além disso, a pesquisadora realizará observação participante no serviço sobre a organização da gestão do cuidado a fim de identificar a estrutura, a forma de organização dos processos de trabalho da equipe, as ações de integração à Rede de Atenção à Saúde realizadas e mapear as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro para a gestão do cuidado em enfermagem.

Durante a realização da coleta de dados, tanto da observação quanto da entrevista, a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você será exposto pode estar relacionado ao desconforto devido ao receio de exposição, constrangimento e quebra de sigilo acerca das informações repassadas que será minimizado pela adoção de postura ética e sigilosa por parte do pesquisador que assume o compromisso em manipular as informações em sigilo e de não disponibilizá-las para outras pessoas. Quanto ao manuseio de documentos, os riscos estão associados a possíveis extravios ou rasuras. Para minimizá-los, a pesquisadora manuseará os documentos no próprio setor de trabalho, em hipótese alguma irá retirá-los do seu local original.

Você terá como benefício indireto poder contribuir para o desvelamento de possíveis fatores que influenciam a organização do cuidado integral à criança com patologia crônica.

Em caso de algum problema que você possa ter relacionado com a pesquisa, o pesquisador se responsabiliza. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Deborah Dinorah de Sá Mororó, **telefone (84)99672-0079 e e-mail [deborahsa1@hotmail.com](mailto:deborahsa1@hotmail.com)**.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.



Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro, na Base de Pesquisa da pesquisadora, localizada no Departamento de Enfermagem por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, telefone: 3342-5003, endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Nata/Rn, e-mail: cep\_huol@yahoo.com.br.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Deborah Dinorah de Sá Mororó.

#### Consentimento Livre e Esclarecido

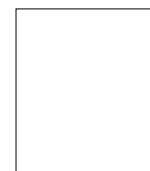
Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **A GESTÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIA** e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, \_\_/\_\_/\_\_.

---

Assinatura do participante da pesquisa

Declaração do pesquisador responsável



Impressão  
datiloscópica do  
participante

Como pesquisador responsável pelo estudo **A GESTÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIA**, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, \_\_/\_\_/\_\_

---

**Deborah Dinorah de Sá Mororó**

**APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**

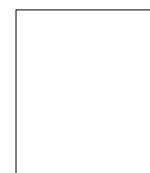
Eu, \_\_\_\_\_, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **A GESTÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIA** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, os pesquisadores **Deborah Dinorah de Sá Mororó e Rejane Maria Paiva de Menezes** a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa **Deborah Dinorah de Sá Mororó**, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Natal, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa



Impressão  
datiloscópica do  
participante

**Assinatura e carimbo do pesquisador responsável**

## APÊNDICE C – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO E ANÁLISE DOCUMENTAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
Campus Universitário sn – Lagoa Nova, Natal/RN  
Cep. 59072-970, Fone 32615 3196

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO E ANÁLISE DOCUMENTAL

#### I - Roteiro de observação sobre a Gestão do Cuidado à Criança com doença crônica

ÍTEMS DE VERIFICAÇÃO	Registro de Observação
1. Descrição da forma de organização dos processos de trabalho da equipe multiprofissional da unidade pediátrica	O/D
2. Existência de mecanismos de gestão do cuidado formalmente instituídos: protocolos clínicos, discussão de caso clínico, visita multiprofissional ou outros.	O/D
3. Identificação dimensional dos profissionais da equipe da unidade pediátrica para além do médico e equipe de enfermagem, incluindo o assistente social, nutricionista, farmacêutico, psicólogo e fisioterapeuta na atuação à assistência à criança com doença crônica	D (Escala)
4. Descrição de como é realizado o acolhimento ao usuário	O/D
5. Há um modelo de projeto terapêutico estabelecido?	O/D
6. Descrição do plano terapêutico individualizado ou singular realizado.	O/D
7. Descrição de como se dá a integração entre a unidade pediátrica e os outros serviços do hospital. Instrumentos usados para o acesso e a comunicação	O/D

entre os setores e se existe, no hospital, sistema de regulação interna formalmente instituído por protocolos ou normas.	
8. Descrição de como se dá o planejamento para a alta hospitalar da criança, os profissionais que participam e/ou coordena esse processo e quanto a existência de protocolos que embasam essa atividade.	O/D
9. Descrição do funcionamento do sistema de referência e contrarreferência. Se no planejamento da alta hospitalar inclui a articulação com a equipe dos profissionais que continuarão apoiando o cuidado e quanto a existência de protocolo com norma para esse processo de referência.	
10. Relacionar os protocolos e/ou rotinas administrativas e diretrizes clínicas instituídas, que são acessíveis na unidade.	D
11. Descrição da existência de protocolos clínicos instituídos que seguem as diretrizes da RAS e o modelo de atenção da rede de atenção à saúde, no SUS.	D
12. Descrição da utilização de estratégias de educação permanente e/ou relacionadas com a implantação dos protocolos administrativos e clínicos.	D
13. Descrição de como os protocolos, rotinas e procedimentos operacionais utilizados são avaliados e atualizados sistematicamente.	D

## 1. Roteiro de observação da atuação do Enfermeiro na gestão do cuidado

ITENS DE VERIFICAÇÃO	Registro de observação
14. Descrição da prática do enfermeiro na gestão do cuidado à criança com doença crônica e se utiliza um modelo específico para essa ação.	O/D
15. Relacionar as ferramentas utilizadas pelo enfermeiro para gerir o cuidado	O/D
16. Descrição de como o enfermeiro participa da articulação com as outras unidades do Hospital. 17.Existência de protocolo que sistematize essa ação.	O/D
18. Descrição da forma como o enfermeiro participa do planejamento da alta hospitalar do usuário. 19.Existência de protocolo que sistematize essa ação.	O/D
20. Descrição da forma como o enfermeiro realiza a articulação com outros pontos da RAS. 21.Existência de protocolo que sistematize essa ação.	O/D
22. Existência de protocolos administrativos e assistenciais de enfermagem. 23.Descrição de como o enfermeiro participa de sua elaboração.	O/D
24. Descrição de como os protocolos são validados e atualizados.	D

## APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA I

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Campus Universitário sn – Lagoa Nova, Natal/RN

Cep. 59072-970, Fone 3215 3196

### ROTEIRO DE ENTREVISTA I

Pesquisa: A gestão do cuidado do enfermeiro em instituição hospitalar universitária

Participantes: Coordenador da unidade de pediatria, coordenador de enfermagem.

Enfermeiros, Médicos e Assistente social.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

#### PERFIL DO PARTICIPANTE

##### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 Idade:

1.2 Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

1.3 Formação ( ) graduação \_\_\_\_\_ Tempo de formação \_\_\_\_\_

1.4 Instituição de formação ( ) pública ( ) privada

1.5 Pós-graduação ( ) especialização

( ) mestrado

( ) doutorado

1.6 Instituição de formação: ( ) pública ( ) privada

1.7 Tempo na instituição: \_\_\_\_\_ Vínculo empregatício ( ) EBSERH ( ) RJU

1.8 Carga horária semanal: \_\_\_\_\_

1.9 Principais cursos de atualização que realizou, em que ano?

---



---



---

2. Outros vínculos ( ) sim ( ) não

3. Em caso afirmativo ( ) instituição pública ( ) instituição privada

## QUESTÕES NORTEADORAS

1. O que você entende por gestão do cuidado?
2. Fale-me como você vê a organização da unidade de internação pediátrica para a gestão do cuidado à criança com condição crônica de saúde. Exemplifique quais os mecanismos são utilizados na unidade para realizar essa gestão do cuidado.
3. Fale-me sobre como você vê a cultura dessa instituição hospitalar para a gestão do cuidado à criança.
4. Em algum momento de sua prática, você se vê realizando a gestão do cuidado? Se sim, a partir de um exemplo prático, descreva-me como você participa da gestão do cuidado à criança com condição crônica e em quais valores você fundamenta a sua atuação.
5. Exemplifique, a partir da estrutura dos processos de trabalho da equipe multiprofissional, a organização da gestão do cuidado nessa unidade.
6. A equipe compartilha ou adota algum modelo de gestão do cuidado? Se sim, fale-me esse modelo.
7. Fale-me como você vê a participação do enfermeiro na gestão do cuidado a essas crianças.
8. O que você entende por linha de cuidado? Descreva-me as potencialidades e dificuldades que você identifica na unidade pediátrica para adoção do modelo de linhas de cuidado.
9. Descreva-me de que forma a unidade se comunica e articula com a Rede de Atenção à Saúde à Criança com condição crônica.
10. Fale-me como você vê a participação do enfermeiro nesse processo.

## **ANEXOS**



## ANEXO A – ANUÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES  
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA



### CARTA DE ANUÊNCIA

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **A gestão do cuidado do enfermeiro em instituição hospitalar universitária**, a ser realizada no Hospital Universitário Onofre Lopes - HUOL, pela pesquisadora Deborah Dinorah de Sá Mororó, sob orientação da Profª Dra Rejane Maria Paiva de Menezes, que utilizará a seguinte metodologia, um estudo etnográfico de abordagem qualitativa com a finalidade de analisar a dimensão organizacional da gestão do cuidado à criança com patologia crônica da unidade, a atuação do enfermeiro da unidade pediátrica de um hospital universitário e sua articulação com a Rede de Atenção à Saúde. Necessitando, portanto, ter acesso aos enfermeiros e demais profissionais responsáveis por setores administrativos e assistenciais da unidade pediátrica desse hospital, além de acompanhantes das crianças internadas com doenças crônicas na unidade. Ressalta-se que a pesquisa abrangerá consulta a documentos dos respectivos setores, visto que será realizada análise documental, além da observação participante e entrevista aos profissionais e usuários. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome deste Hospital possa constar no relatório final, bem como, em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12, que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Natal, 10/04/17

Enfª Msc Deborah Dinorah de Sá Mororó

☒ Concordamos com a solicitação

☐ Não concordamos com a solicitação

Prof. Dr. Irami Araújo Filho  
Gerente de Ensino e Pesquisa-HUOL/EBSEH

Prof. Dr. Irami Araújo Filho  
Gerente de Ensino e Pesquisa-HUOL/EBSEH  
Mat. SIAPE 3328273

## ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A GESTÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIA

**Pesquisador:** DEBORAH DINORAH DE SÁ MORORÓ

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 67021317.7.0000.5292

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário Onofre Lopes-HUOL/UFRN

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.048.959

#### Apresentação do Projeto:

A criança com doença crônica necessita de um olhar global e da oferta de um processo de cuidado contínuo. Por isso é preciso haver uma gestão do cuidado em saúde, fundamentado no princípio da integralidade, mediante articulação e interlocução entre os profissionais, os serviços de uma mesma unidade e os níveis de complexidade que compõem a rede de atenção à saúde, exigindo uma reorganização do processo de trabalho dos profissionais de saúde. E a inserção do profissional enfermeiro como coordenador da equipe de enfermagem, ou como gestor do cuidado, é de fundamental importância. O objetivo desse estudo é analisar a dimensão organizacional da gestão do cuidado à criança com doença crônica, o processo assistencial e articulação com a rede de atenção à saúde, desenvolvidos pelo enfermeiro de unidade pediátrica de um hospital

universitário. Trata-se de um estudo descritivo e analítico de abordagem qualitativa, que através dos princípios da etnografia como referencial metodológico de análise, pretende relacionar a cultura institucional e sua dimensão organizacional, na gestão do cuidado em saúde à criança com doença crônica. Será realizado em um Hospital Universitário de referência para o Estado do Rio Grande do Norte. A população do estudo inclui os profissionais da Unidade Especializada no atendimento a criança com doença crônica, sendo eles: o coordenador geral da unidade pediátrica, a

<b>Endereço:</b> Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado			
<b>Bairro:</b> Petrópolis		<b>CEP:</b> 59.012-300	
<b>UF:</b> RN	<b>Município:</b> NATAL		
<b>Telefone:</b> (84)3342-5003	<b>Fax:</b> (84)3202-3941	<b>E-mail:</b> cep_huol@yahoo.com.br	

UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.048.959

coordenadora de enfermagem, enfermeiro assistencial, assistente social, médico, psicólogo, nutricionista, farmacêutico e fisioterapeuta. Além dos profissionais, também participarão da pesquisa os acompanhantes de crianças internadas com doença crônica nessa unidade especializada. Para a coleta de dados serão utilizadas, a técnica da observação participante, o diário de campo, a análise documental e a entrevista semi-estruturada, no período de junho a setembro de 2017. Os resultados obtidos serão analisados por meio da análise de conteúdo com base em Bardin. Os resultados da revisão integrativa sobre a temática evidenciam que a liderança e a tomada de decisão são componentes essenciais para a gestão do enfermeiro no cuidado à criança com doença crônica. O que leva a necessidade desse profissional adquirir habilidades primordiais ao seu êxito, entre elas, considera-se a comunicação e a capacidade de identificar problemas, como uma base fundamental imprescindível no exercício da liderança, de maneira que possa auxiliar a busca de soluções e selecionar a melhor alternativa para alcançar os objetivos de quem toma a decisão. Conclui-se ser necessário investir-se no componente de gestão, durante todo o processo de formação profissional com vistas a aquisição de habilidades como, a liderança, o trabalho em equipe, a comunicação, relacionamento interpessoal, tomada de decisão, planejamento e organização.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Analisar a dimensão organizacional da gestão do cuidado à criança com doença crônica, o processo assistencial e a articulação com a rede de atenção à saúde, desenvolvidos pelo enfermeiro na unidade especializada em pediatria de um hospital geral universitário.

**Objetivo Secundário:** • Descrever a organização da gestão do cuidado realizada pela equipe de saúde e a assistência adotada pelo enfermeiro para gerir o cuidado à criança com doença crônica, com vistas a assegurar a sua continuidade no pós alta; • Identificar os fatores que interferem na organização interna da gestão do cuidado a criança com doença crônica e sua integração com a rede de atenção à saúde. • Contribuir para construção de uma ferramenta que facilite a organização interna da unidade para a gestão de cuidado integral e favoreça a articulação do enfermeiro com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde na alta hospitalar.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:** Os riscos decorrentes desta pesquisa são mínimos quanto à participação dos sujeitos neste estudo. No entanto, como riscos potenciais, têm-se as características inerentes a coleta de dados, na observação participante e entrevista os sujeitos participantes da pesquisa podem se sentir

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3342-5003 Fax: (84)3202-3941 E-mail: cep\_huol@yahoo.com.br

**UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.048.959

inibidos e/ou receosos por estarem sendo observados ou respondendo a questões que indiretamente estão relacionados a qualidade do serviço onde estão inseridos. Os possíveis riscos serão minimizados pela entrevistadora por meio de uma relação empática e através do esclarecimento dos métodos de coleta, bem como do caráter sigiloso dos dados. A fim de minimizar possíveis riscos relativos ao sigilo, serão utilizados pseudônimos para identificar cada entrevistado, no intuito de preservar a identidade dos envolvidos. Em relação a análise documental, os riscos estão associados a possíveis extravios ou rasuras. Para minimizá-los, a pesquisadora manuseará os documentos no próprio setor de trabalho, em hipótese alguma irá retirá-los do seu local original.

**Benefícios:** Poder contribuir para o desvelamento de possíveis fatores que influenciam a organização do cuidado integral à criança com patologia crônica e propiciar a construção de uma ferramenta que possibilite otimizar a organização da gestão do cuidado em enfermagem na perspectiva da integralidade e favoreça a articulação do enfermeiro com a Rede de Atenção à Saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa está bem elaborada e fundamentada, apresentando coerência metodológica e pressupostos teóricos que justificam sua viabilidade.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com as orientações para submissão de projetos de pesquisa envolvendo seres humanos ao CEP/HUOL.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após análise do projeto e dos termos de apresentação obrigatória somos favorável à aprovação do projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_894518.pdf	12/04/2017 11:37:04		Aceito

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3342-5003 Fax: (84)3202-3941 E-mail: cep\_huol@yahoo.com.br



**UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.048.959

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEAUTORIZACAOPARAGRAVACAODEVOZ.docx	12/04/2017 11:34:40	DEBORAH DINORAH DE SÁ MORORÓ	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	12/04/2017 11:25:59	DEBORAH DINORAH DE SÁ	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	12/04/2017 11:16:19	DEBORAH DINORAH DE SÁ	Aceito
Cronograma	CronogramadoProjeto.docx	12/04/2017 11:13:37	DEBORAH DINORAH DE SÁ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEHUOL.doc	12/04/2017 11:10:58	DEBORAH DINORAH DE SÁ MORORÓ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.docx	12/04/2017 10:35:58	DEBORAH DINORAH DE SÁ MORORÓ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacaoparausodedados.pdf	11/04/2017 12:05:57	DEBORAH DINORAH DE SÁ MORORÓ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia.pdf	11/04/2017 12:05:01	DEBORAH DINORAH DE SÁ MORORÓ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaoinstitucional.pdf	11/04/2017 12:02:58	DEBORAH DINORAH DE SÁ MORORÓ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	IdentificacaodoPesquisador.doc	05/04/2017 16:53:02	DEBORAH DINORAH DE SÁ	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

NATAL, 05 de Maio de 2017

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:**  
**SERGIO ALBUQUERQUE**  
**(Coordenador)**

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3342-5003 Fax: (84)3202-3941 E-mail: cep\_huol@yahoo.com.br